

TO/O - 01

COLECISTECTOMIA NOTES® TRANSVAGINAL.

Laudanno, O^(1, 2); Ferreres, A^(1, 3); Horgan, S^(3, 4); Rondan, A^(1, 3); Palleari, J^(1, 3)

⁽¹⁾Hospital C. Bocalandro, Hospital Asociado UBA, Partido de 3 de Febrero, Prov. de Buenos Aires ⁽²⁾Servicio de Gastroenterología ⁽³⁾Servicio de Cirugía ⁽⁴⁾Universidad de San Diego, California

La cirugía **NOTES(Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery)** es la nueva técnica emergente en el área de cirugía mini-invasiva. Combina el acceso por orificios naturales con el uso de endoscopios. Sus potenciales beneficios incluyen menor trauma quirúrgico, menos cicatrices (y sus complicaciones) y menos dolor postoperatorio. El acceso transvaginal a la cavidad abdominal tiene ventajas respecto a otros accesos (transgástrico-rectal) en particular respecto a su cierre seguro pero por otro lado plantea dudas sobre su impacto ginecológico-sexual.

Objetivo: Comunicar nuestra experiencia con NOTES Transvaginal, método híbrido (endoscópico-laparoscópico asistido).

Pacientes y Método: desde Agosto 2007 a Junio 2009 fueron operadas 32 pacientes en el contexto de un Protocolo de Investigación con revisión y aprobación Institucional (IRB). Se obtuvo consentimiento informado en todas las pacientes. Criterios de inclusión: 1. Litiasis vesicular sintomática 2. Ausencia de obstrucción biliar 3. Embarazo previo 4. Test de embarazo negativo 5. Mini-mental test normal. A todos los pacientes se les realizó un examen ginecológico de screening que incluyó: historia médica, examen ginecológico incluyendo Pap - colposcopia y Ecografía transvaginal.

La colecistectomía transvaginal se realizó por método híbrido: previo neumoperitoneo, se introdujo trocar de 5 mm umbilical y bajo visión laparoscópica trocar de 2 vías a través del fondo de saco vaginal posterior. Se accedió a la cavidad abdominal con Videoendoscopio Olympus (1 ó 2 canales) forceps y diversos instrumentales. El clipado de la arteria y conducto cístico fue realizado por laparoscopia. Una vez completado el procedimiento la vesícula fue removida por la vagina y el acceso cerrado con Vycril. Los pacientes permanecieron internados 24 hs y fueron seguidos a los 7, 30 y 60 días e incluyó entrevista médica, examen ginecológico (incluyendo colposcopia), Eco transvaginal y cuestionarios explorando la función sexual y satisfacción con el procedimiento.

Resultados: La cirugía pudo ser completada por NOTES en 31/32 pacientes. La edad promedio fue de 32 años (22-46) En 1 paciente debió ser realizada por laparoscopia dado adhesiones en el acceso transvaginal (5 cesáreas previas). 1 paciente requirió minilaparotomía a través de una Pfannestil previa debido a sangrado del fondo de saco vaginal. No se detectaron complicaciones en relación al acceso transvaginal (sangrado, infecciones, etc) y ninguna paciente refirió dispareunia. 2 pacientes reiniciaron su actividad sexual antes del periodo de abstinencia prescripto. 2 pacientes quedaron embarazadas y sus embarazos y partos fueron sin complicaciones.

Conclusiones: La colecistectomía transvaginal, NOTES, es factible y segura en el contexto de un equipo multidisciplinario de trabajo con una estricta observación de los requisitos ético-legales y adherencia a protocolos de investigación. No se presentaron complicaciones ginecológicas ni sexuales.

EFFECTIVIDAD DE LA MUCOSECTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER TEMPRANO NO PEDICULADO DE COLON

Cimmino , DG⁽¹⁾; Mella, JM⁽¹⁾; Pereyra, L⁽¹⁾; Caldo, I⁽¹⁾; Peczan , C⁽¹⁾; Lencinas , S⁽¹⁾; Rotholz , N⁽¹⁾; Pedreira , S⁽¹⁾; Boerr, LA⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Alemán. Argentina.

Introducción. La mucosectomía (EMR) es un procedimiento útil para el tratamiento de lesiones preneoplásicas y neoplásicas tempranas. En nuestro medio, su efectividad para el tratamiento de lesiones neoplásicas planas y sésiles no está bien establecido.

Objetivos. Determinar la eficacia y seguridad de la EMR en el tratamiento de lesiones superficiales colónicas con displasia de alto grado y/o cáncer in situ.

Material y métodos: De junio 2005-junio 2009, se incluyeron en forma prospectiva a pacientes con lesiones colónicas superficiales resecaadas por EMR cuya diagnóstico haya sido adenomas con displasia de alto grado o cáncer in situ. Se determinó su límite de resecaabilidad (en base a criterios histológicos (AP): R0 (sin enfermedad residual), R1 (enfermedad residual), y Rx (no evaluable)), y las complicaciones asociadas al procedimiento. Se realizaron seguimientos endoscópicos valorando recidiva macro y/o microscópica. Se consideró paciente libre de lesión a aquellos sometidos a una o más EMR cuya AP informará un R0 o un Rx, y con seguimiento endoscópico libre de recidiva macroscópica y/o microscópica; se consideró EMR ineficaz en aquellos pacientes con una o más EMR cuya última AP informará un R1, o un Rx con un seguimiento endoscópico con recidiva macroscópica y/o microscópica y en aquellos que debieron ser intervenidos quirúrgicamente luego de una segunda EMR o por complicaciones asociadas a la EMR. Mediante análisis uni y multivariado, se buscaron factores asociados a libre de lesión e EMR ineficaz.

Resultados: Se analizaron 12 pacientes con displasia de alto grado o con cáncer in situ tratadas por EMR con un seguimiento medio de 18.6 meses (5-49). La edad media fue 65 años (49-81), 100% mujeres. Se realizaron en promedio 1.4 EMR/paciente (rango, 1-4), siendo el 75% de los pacientes tratados con 1 EMR. De las lesiones resecaadas el 58% fueron sésiles y el 42% planas, con un tamaño medio de 18 mm (7-35), y el 50% estaban en el colon derecho. El 58% se resecaron en bloque, en todas se usó la técnica "lift and cut", con una duración media de la EMR de 35 minutos (20-100), y no se observaron complicaciones. Al último seguimiento, el 67% (n=8) de los pacientes tratados con EMR estaban libres de lesión. De los 4 pacientes con patología residual en el seguimiento, 2 fueron directamente a cirugía luego de la 1er EMR y la histología mostró ausencia de invasión de la submucosa sin invasión linfocascular; 1 está en plan quirúrgico luego de intentar 4 EMRs, y el restante se operó pero no se dispone de la histología de la pieza quirúrgica. LA EMR fue ineficaz para conseguir estar libre de enfermedad en el 17% (n=2).

No se encontraron factores predictores asociados a libre de lesión ni a EMR ineficaz.

Conclusión. La EMR es un procedimiento útil y seguro para el tratamiento de las lesiones neoplásicas tempranas del colon, y debería ser la conducta terapéutica de primera elección.

COLONOSCOPIA EN MAYORES DE 75 AÑOS. REALMENTE LA NECESITAN?

TOBAL, F⁽¹⁾; TOBAL, D⁽¹⁾

⁽¹⁾GENBA (GASTROENTEROLOGIA Y ENDOSCOPIA DE BUENOS AIRES)

INTRODUCCION A medida que los cambios demográficos tienden al aumento en la expectativa de vida, el uso de la videocolonoscopía en ancianos aumenta año a año. Más aún, gran parte de los ancianos presentan síntomas tales como dolor abdominal o constipación debido a desórdenes relacionados con la edad. Sin embargo, el beneficio clínico de realizar colonoscopia en mayores de 75 años no es claro.

OBJETIVO Determinar el beneficio clínico de la videocolonoscopía en mayores de 75 años.

P Y M Estudio de corte transversal donde fueron incluidos consecutivamente pacientes mayores de 75 años derivados a nuestro centro para la realización de videocolonoscopía en un período de 2 años. Aquellos pacientes con Hematoquezia, Anemia, SOMF +, pérdida de peso y antecedentes personales o familiares de pólipos y/o cáncer colorectal fueron considerados como grupo de alto riesgo, mientras que aquellos pacientes con dolor abdominal, constipación, diarrea, alteración del ritmo evacuatorio y asintomáticos (derivados para pesquisa) fueron considerados como grupo de bajo riesgo. Operativamente se definió como hallazgo positivo aquel que cambiaba el tratamiento y/o pronóstico del paciente (pólipos, cáncer, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis isquémica) y como negativo cuando el tratamiento y/o pronóstico no variaba (colonscopía normal, divertículos). Las Angiodisplasias fueron consideradas como hallazgo positivo en el grupo de alto riesgo y como hallazgo negativo en el grupo de bajo riesgo, ya que su tratamiento está recomendado sólo en pacientes con anemia y/o hemorragia gastrointestinal. Las variables fueron analizadas con el test de chi-cuadrado.

RESULTADOS Sobre un total de 2.400 colonoscopias, 320 (13.3%) fueron realizadas en mayores de 75 años, de los cuales 186 pertenecían al grupo de alto riesgo y 136 al grupo de bajo riesgo. De acuerdo a nuestros criterios operativos se encontraron hallazgos positivos en 82 pacientes del grupo de alto riesgo (41 tenían pólipos, 27 cáncer colorectal, 2 EII y 12 angiodisplasias) y en 28 pacientes del grupo de bajo riesgo (22 tenían pólipos, 3 cáncer, 1 EII y 2 colitis isquémica) (44% vs 20%, $p < 0,05$).

CONCLUSIONES El beneficio clínico de realizar colonoscopia en el grupo de alto riesgo es alto en este estudio. Sin embargo, en el grupo de bajo riesgo con síntomas frecuentes en mayores de 75 años el beneficio es relativamente bajo. A medida que la población mayor de 75 años continúa creciendo, se necesitan más estudios evaluando la necesidad y/o utilidad de la colonoscopia en este grupo de pacientes, considerando especialmente la dificultad en la preparación y los riesgos inherentes a la anestesia.

INDICACIÓN APROPIADA DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y SU RELACIÓN CON LOS HALLAZGOS POSITIVOS

Pignataro, SB⁽¹⁾; Barcia, T⁽¹⁾; Cea, AM⁽¹⁾; Martinez Bottani, MC⁽¹⁾; Rubio, HW⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro de Estudios de Enfermedades Digestivas (CEED). Argentina.

INTRODUCCION: La Videoendoscopia Digestiva Alta (VEDA) es un procedimiento costoso y no está exento de riesgos ni de complicaciones. Para su uso racional y en un intento de disminuir sus costos, se han publicado diferentes guías para su indicación y uso apropiado, como las Guías de la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva (ASGE).

OBJETIVOS: Describir la distribución de frecuencia de VEDA diagnósticas que tuvieron una indicación apropiada siguiendo las guías ASGE, en pacientes ambulatorios atendidos en un Centro de Estudios Digestivos Privado.

Evaluar la probabilidad de encontrar hallazgos endoscópicos relevantes en el grupo de pacientes con indicación apropiada y compararlos con los hallazgos en pacientes que no han tenido una indicación apropiada.

Comparar la correcta indicación de VEDA según la especialidad del médico solicitante.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron consecutivamente los datos de 541 VEDA diagnósticas, desde enero del 2006 a diciembre del 2008. Se registró la edad, sexo, motivo de derivación, diagnóstico endoscópico y la especialidad del médico que realizó la derivación. Se clasificó a las indicaciones en apropiadas, inapropiadas y dudosas según las guías ASGE. Para el análisis estadístico se utilizó test de X^2 y regresión logística múltiple. Se utilizó un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS: Se analizaron VEDA de 364 mujeres (67,28%) y 177 hombres (32,72%). La edad promedio fue de $59,91 \pm 16$ años (Rango: 17-98). Las especialidades de los profesionales que realizaron las derivaciones fueron gastroenterología en 350 pacientes (64,70%), clínica médica en 179 (33,09%), cirugía en 7 (1,29%) y otras en 5 (0,92%). Los motivos de indicación más frecuentes fueron: epigastralgia en 195 pacientes (36,04%), reflujo en 75 (13,86%), acidez en 56 (10,35%), anemia en 27 (4,99%), dispepsia en 13 (2,4%) y otros en 276 pacientes (51,02%). Fueron clasificadas como indicaciones adecuadas 330 casos (61%), inadecuadas 133 (24,58%) y dudosas 78 (14,42%). Los informes de los estudios describían alteraciones mayores en 288 pacientes (53,23%).

Se observaron alteraciones mayores en 182 de las 330 con indicación apropiada (55,15%), 64 de las 133 con indicación inapropiada (48,12%) y 42 de las 78 dudosas (53,85%), ($p=0,38$).

Las indicaciones de los especialistas en clínica médica presentaron un OR crudo de 1,67 (IC95%:1,16-2,41) para la presencia de alteraciones mayores en la VEDA que no se modificó al ajustar por el grado de adecuación de la indicación, de los motivos más frecuentes de la indicación, ni por la edad y el sexo del paciente.

CONCLUSIONES: Se observó una frecuencia importante de indicaciones inapropiadas de VEDA según las guías ASGE. La presencia de alteraciones mayores en la VEDA no se relacionó con lo apropiado de la indicación, pero sí con la especialidad del médico. Los resultados sugieren que la presencia de alteraciones mayores en la VEDA se relaciona más con el criterio médico que con la adherencia a las guías ASGE.

POLIPOS SERRATOS DE COLON: PREVALENCIA Y ASOCIACION CON LESIONES NEOPLASICAS

Fischer, C⁽¹⁾; González, R⁽¹⁾; Pereyra, L⁽¹⁾; Gómez, E⁽¹⁾; Mella, JM⁽¹⁾; Mohaidle, A⁽¹⁾; Casas, G⁽¹⁾; Luna, P⁽¹⁾; Pedreira, SC⁽¹⁾; Cimmino, D⁽¹⁾; Boerr, L⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Alemán. Argentina.

Introducción

Los pólipos serratos de colon representan lesiones con capacidad de desarrollar cáncer colorrectal por una vía distinta a la del adenoma-cáncer. En nuestro medio, se desconoce la prevalencia y su potencial de malignidad.

Objetivo

Determinar la prevalencia de pólipos serratos de colon en pacientes que se realizaron videocolonoscopia en un hospital de comunidad y la frecuencia de displasia de alto grado o adenocarcinoma en estas lesiones. A su vez, establecer la asociación de los pólipos serratos con adenomas y cáncer, sincrónicos y metacrónicos.

Material y métodos

Entre enero de 2003 y junio de 2009, se revisó en forma retrospectiva de la base de datos de un hospital de comunidad de la ciudad de Buenos Aires, los informes anatomopatológicos de los pacientes a quienes se les realizó videocolonoscopia con polipectomía. Se identificaron los pólipos serratos definidos según la clasificación de Snover y col. Se determinó la prevalencia de estas lesiones y se estudiaron las características clínicas y endoscópicas de los pacientes. Se consignó la presencia de lesiones sincrónicas definidas por adenomas, lesiones avanzadas (mayores a 1cm, componente veloso >75% y/o displasia de alto grado) y cáncer presentes en el mismo estudio. En aquellos pacientes en los que se realizó vigilancia endoscópica, se objetivó el intervalo de seguimiento y la presencia de lesiones metacrónicas. Se realizó un análisis univariado buscando predictores independientes de displasia de alto grado en los pólipos serratos.

Resultados

De 12693 videocolonoscopías realizadas, 124 pacientes presentaron 173 pólipos serratos. La prevalencia de estas lesiones fue del 1%. La edad promedio fue de 60 años; 55% fueron hombres.

La localización más frecuente fue en rectosigma (52%), seguido de ciego y colon ascendente (30%). La mayoría de los pólipos fueron menores a 1cm (80%) y sésiles (79%).

Se encontró displasia de alto grado en el 3,5% de los pólipos serratos. No se evidenció adenocarcinoma.

En el 28% de los pacientes (n=35) se encontraron lesiones sincrónicas: 71% eran adenomas, 14% lesiones avanzadas y 11% adenocarcinoma.

El 10% de los pacientes realizó vigilancia endoscópica dentro de los 3 primeros años, con hallazgo de lesiones metacrónicas en el 46%, correspondiendo la mitad a lesiones aserradas, 33% a adenomas y 16% a lesiones avanzadas. No se observó adenocarcinoma. En el análisis univariado no se identificaron predictores independientes de displasia de alto grado en los pólipos serratos.

Conclusiones

En nuestro estudio la prevalencia de pólipos serratos es baja, similar a lo reportado en la literatura. Existe una asociación no despreciable con lesiones neoplásicas. No obstante, en pocos pacientes se realizó seguimiento con colonoscopia. Esto refleja la necesidad de mejorar el reconocimiento de estas lesiones y establecer guías específicas de vigilancia para su adecuado manejo.

REDITO DIAGNOSTICO DE LOS ESTUDIOS ENDOSCOPICOS EN PACIENTES CON NEOPLASIA DE ORIGEN DESCONOCIDO.

Tobal, F⁽¹⁾; Tobal, D⁽¹⁾

⁽¹⁾GENBA (Gastroenterología y Endoscopia de Buenos Aires)

INTRODUCCION Los tumores de primario desconocido representan el 10% de los diagnósticos de cáncer. Habitualmente los mismos se originan en pulmón y/o páncreas. La estrategia diagnóstica inicial no incluye estudios endoscópicos del tracto digestivo superior e inferior. Sin embargo, frecuentemente se solicitan estudios endoscópicos en pacientes con signos y/o síntomas sugestivos de neoplasia sin sintomatología digestiva. A pesar de eso, son escasos los estudios que evalúan el rédito diagnóstico de los estudios endoscópicos en este grupo de pacientes.

OBJETIVO Determinar el rédito diagnóstico de los estudios endoscópicos en pacientes con signos y/o síntomas de neoplasia de primario desconocido sin sintomatología digestiva.

P Y M Estudio de corte transversal donde fueron incluidos consecutivamente pacientes derivados a nuestro centro para la realización de videoendoscopia digestiva alta (VEDA) y/o videocolonoscopia (VCC) con los siguientes signos y/o síntomas: metástasis hepáticas y/o pulmonares y síndrome de impregnación neoplásica de primario desconocido. Fueron excluidos aquellos pacientes con: Disfagia, hematoquezia, melena, SOMF +, anemia como único hallazgo, antecedentes personales o familiares de pólipos y/o cáncer colorectal e imágenes anormales del tracto digestivo en estudios radiológicos. Operativamente se definió como hallazgo positivo a tumores digestivos malignos confirmados por exámen histopatológico.

RESULTADOS Fueron evaluados 60 pacientes (F/M 31/29, edad media (\pm DE) 63.9 (\pm 16) años) en quienes se realizaron 81 estudios (36 VCC y 45 VEDA). De los 60 pacientes, 21 se realizaron ambos estudios, 24 sólo VEDA y 15 sólo VCC de acuerdo a lo indicado por el médico solicitante. El 59% de los pacientes presentaban síndrome de impregnación neoplásica y el 41% restante metástasis hepáticas y/o pulmonares de primario desconocido. Se evidenciaron hallazgos positivos en 8 (6F/2M edad media 63 años) de 45 (17%) endoscopias altas (6 adenocarcinomas gástricos y 2 duodenales) y en 3 (F/M 2/1 edad media 62 años) de 36 (8%) endoscopias digestivas bajas (3 adenocarcinomas colorectales). Cabe resaltar que 4 de los 8 tumores hallados en la VEDA eran en pacientes menores de 55 años, 3 de los cuales eran de sexo femenino.

CONCLUSIONES El rédito diagnóstico de los estudios endoscópicos en pacientes con síntomas y/o signos de neoplasia de origen desconocido sin sintomatología digestiva es bajo en este grupo de pacientes. Dichos datos son concordantes con la estrategia diagnóstica inicial sugerida en estos pacientes. Sin embargo, el hallazgo de tumores digestivos altos en pacientes menores de 55 años con predominancia de sexo femenino sugiere la necesidad de estudios con mayor número de pacientes.

“COMPLICACIONES DE LA NEUROLEPTOANALGESIA (SEDACION MODERADA) EN UN CENTRO AVANZADO DE ENTRENAMIENTO EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA”

Villarreal, M⁽¹⁾; Esteves, S⁽¹⁾; Condado, N⁽¹⁾; Mosca, I⁽¹⁾; Yantorno, M⁽¹⁾; Moragrega, V⁽¹⁾; Garcia, B⁽¹⁾; Chopita, N⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾; Jmelnitsky, A⁽¹⁾; Martinez, H⁽¹⁾

⁽¹⁾H.I.G.A Gral San Martin de La Plata. Argentina.

Introducción

Numerosas drogas son usadas durante la sedación en procedimientos endoscópicos, tanto diagnósticos como terapéuticos. Esto se debe a la ausencia de consenso sobre qué agente anestésico es el más apropiado.

Sedación se define como una disminución en el nivel de consciencia inducida por drogas, y comprende diferentes niveles: sedación mínima (ansiolisis), sedación moderada, sedación profunda y anestesia general.

Sedación moderada: es aquella en la cual el paciente es consciente, responde a estímulos verbales y táctiles, en general no se necesita intervenir en la vía aérea ya que tiene ventilación espontánea.

De acuerdo a la revisión de la literatura, la sedación moderada puede ser realizada por médicos no anesestesiólogos. La asociación de una benzodiazepina (midazolam) y un narcótico (fentanilo) es una opción segura, efectiva y con baja tasa de complicaciones para la realización de procedimientos endoscópicos programados diagnósticos y terapéuticos.

Objetivos

- 1- Demostrar que la asociación midazolam-fentanilo es una opción segura para sedación moderada en los procedimientos endoscópicos programados.
- 2- Reportar número y tipo de complicaciones con esta medicación y como fueron resueltas.
- 3- Evaluar grado de tolerancia, confort del endoscopista, del paciente, y si estaría dispuesto a repetir el estudio.

Pacientes y Métodos

Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo en el período Enero - Junio del 2009, se incluyeron 223 pacientes, excluyéndose previamente aquellos que no cumplían los criterios de inclusión (menores de 18 años, insuficiencia respiratoria grave, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática severa, hipersensibilidad a las BZD, miastenia gravis y madres en período de lactancia). El paciente fue medicado por el endoscopista con midazolam-fentanilo, con titulación progresiva hasta alcanzar el nivel de sedación moderada, fueron monitoreados mediante control clínico y oximetría de pulso. Posterior a la realización del estudio el profesional completó una planilla prediseñada donde se evaluaron los puntos descriptos como objetivos. Se utilizó para análisis estadístico prueba de Chi 2.

Resultados

45 pacientes (20%) presentaron complicaciones; 33 (73.3%) depresión respiratoria, 3 (6.6%) náuseas, 1 (2.2%) hipotensión arterial, 1 (2.2%) hipotermia, 8 (17.7%) otras. De los 33 pacientes con depresión respiratoria, 100% revirtieron con apertura del mentón y cánula nasal.

204(91%) procedimientos fueron considerados de buena calidad por el endoscopista, 122 (56.0%) procedimientos, el paciente recuperó la lucidez entre 3 y 10 minutos, 215 (96%) pacientes, aceptarían repetir el procedimiento con este tipo de sedación.

Conclusiones

De acuerdo a nuestros resultados, la sedación moderada (con midazolam-fentanilo) puede ser realizada por el médico endoscopista con un bajo porcentaje de complicaciones, las cuales se resuelven sin morbimortalidad significativa para el paciente.

IMAGEN EN MOSAICO PODRÍA SER UN HALLAZGO CARACTERÍSTICO DE LA MUCOSA EN LAS COLITIS COLÁGENAS

Cimmino , DG⁽¹⁾; Mella, JM⁽¹⁾; Pereyra, L⁽¹⁾; Caldo, I⁽¹⁾; Popoff, F⁽¹⁾; Luna, P⁽¹⁾; Pedreira , S⁽¹⁾; Boerr , LA⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Alemán. Argentina.

Introducción. Las colitis colágenas, una forma de colitis microscópicas, se caracterizan por un engrosamiento de la banda de colágeno subepitelial. La colonoscopia es usualmente normal, o con cambios inespecíficos. Hasta ahora, un patrón mucoso colorectal en mosaico no ha sido relacionado con esta entidad.

Objetivo. Estimar la precisión diagnóstica de la presencia de patrón mucoso en mosaico colorectal para la colitis colágena.

Métodos. Se analizaron retrospectivamente historias clínicas de pacientes sometidos a colonoscopia con biopsia por diarrea crónica entre el año 2004 y 2008. Se identificaron a los pacientes con colitis colágena. Se realizó un estudio de casos y controles, definiéndose como "casos" a los pacientes con diarrea crónica y patrón mucoso en mosaico en la colonoscopia y como "controles" a los pacientes con diarrea crónica y sin patrón en mosaico. Se calculó el odds ratio (OR) de encontrar una colitis colágena ante la visualización de un patrón en mosaico en colon; y la sensibilidad (S), la especificidad (E) y los coeficientes de probabilidad positivo y negativo (CPP,CPN) considerando este hallazgo como instrumento diagnóstico de colitis colágena.

Resultados. Se analizaron 252 pacientes que se realizaron colonoscopias(VCC) con biopsia por diarrea crónica. La edad media fue 52.4 años (+/-18.2); 58.7% fueron mujeres. La calidad de la preparación intestinal fue excelente o buena en el 70% (CI64-75). La visualización de la mucosa fue normal en 74%(CI68-79) de los pacientes. En 6 pacientes (2%,CI 0.8-5) se identificó un patrón en mosaico o en reticulado en la mucosa colorectal. El diagnóstico histológico en 36 de los 252 pacientes(14%,CI 10-19) fue colitis microscópica, de los cuales 27(11%,CI 7-15) tuvieron colitis colágenas. La edad media de los pacientes con colitis colágena fue de 58 años(+/- 15), con predominio del sexo femenino(59%). La VCC fue normal en 21 de estos 27 pacientes; en 2 pacientes se encontró congestión o petequias en recto, y en 4 pacientes (15%,CI 4-34), todas mujeres, un patrón en mosaico en la mucosa rectosigmoidea. El OR ante este hallazgo fue de 19.4(CI3.9–95.4) para tener colitis microscópica tipo colágena. Este patrón mucoso colorectal tuvo una S 14.8 %(CI 6.8–20), E 99.1%(CI 98.2–99.7), CPP 16.6(CI 3.7–76.4) y CPN 0.86(0.80–0.95) para encontrar una colitis colágena.

Conclusión. El mosaico o reticulado en la mucosa colorectal de pacientes estudiados por diarrea crónica podría ser característico de las colitis colágenas. Estudios prospectivos serán necesarios para determinar el valor de esta observación.

EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN SCREENING DE CANCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Dávalos, J⁽¹⁾; Carrillo, P⁽¹⁾; Lam Chong, R⁽¹⁾; Van Domselaar, F⁽¹⁾; Marcaccio, F⁽¹⁾; Sobrero, MJ⁽¹⁾; Gonzalez, ML; Agoff, L; Macias Gomez, C; De Paula, JA⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Italiano. Argentina.

INTRODUCCION: El cáncer colorrectal (CCR) ocupa el segundo lugar tanto en incidencia como en mortalidad por neoplasias malignas en Argentina. La evidencia permite señalar que la prevención primaria y secundaria a través de programas de pesquisa permitiría reducir significativamente la incidencia y la mortalidad.

OBJETIVO: Analizar la demanda y el rédito diagnóstico de las videocolonoscopias (VCC) realizadas en un servicio de gastroenterología en el lapso de 4 años, ya sea efectuadas por screening de CCR en pacientes de riesgo promedio o aumentado y en los que presentaban sangre oculta en materia fecal positiva (SOMF +).

MATERIALES Y METODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se evaluaron todas las VCC de pacientes ambulatorios adultos referidos a nuestro servicio entre julio de 2004 y julio de 2008. Se analizaron los estudios realizados por screening de CCR en pacientes con riesgo promedio o aumentado y en aquellos con SOMF+ (guayaco) registrándose las lesiones (menos de 10 pólipos, lesiones planas, lesiones vegetantes y más de 10 pólipos o poliposis) encontradas en estos pacientes.

RESULTADOS: En el periodo de julio de 2004 a julio de 2008 se realizaron en total 14.586 VCC. Dos mil ochocientos noventa y seis VCC fueron realizadas por screening sin realizar SOMF previamente. El número de estudios anuales realizados por este motivo aumentó progresivamente de 560 a 1100 dentro del período analizado. Se encontraron 1204 (41,6%) lesiones en estos pacientes de las cuales 1055 (36,4%) fueron pólipos, 95 (3,3%) lesiones planas, 32 (1,1%) lesiones vegetantes y 22 (0,8%) poliposis.

Por otro lado se analizaron los estudios realizados por SOMF+. Sobre un total de 711 VCC, se observó un aumento progresivo de 38 a 417 dentro del periodo estudiado. Se encontraron 317 (44,6%) lesiones en estos pacientes de las cuales 277 (38,9%) fueron pólipos, 16 (2,3%) lesiones planas, 22 (3,1%) lesiones vegetantes y 2 (0,3%) poliposis.

CONCLUSION: En el transcurso de los últimos años el número de estudios por screening y a raíz de SOMF+ ha aumentado progresivamente. El porcentaje de hallazgos preneoplásicos o neoplásicos fue similar en ambos grupos, lo cual parece implicar una muy pobre capacidad de discriminación por parte de la SOMF con el método empleado. Sin embargo existen variables no controladas que requieren una mejor comparación prospectiva.

DISPLASIA Y ADENOCARCINOMA EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT

Pozo-Mautone, M⁽¹⁾; Valenzuela, ED⁽¹⁾; Améndola, R⁽¹⁾; Doweck, J⁽¹⁾; Schenone, L⁽¹⁾; Argonz, J⁽¹⁾; Cabanne, A⁽¹⁾; Zamora, V⁽¹⁾; Fernández Marty, P⁽¹⁾; Corti, RE⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital de Gastroenterología Dr. C.B. Udaondo. Argentina.

RESUMEN

Introducción: El esófago de Barrett es una condición que se caracteriza por la metaplasia intestinal del esófago distal y es el mayor factor de riesgo conocido para el adenocarcinoma esofágico. En la actualidad, el grado de displasia es el marcador que se utiliza para definir la población de alto riesgo de malignidad.

Objetivo: Determinar la prevalencia de distintas características macroscópicas e histológicas en pacientes con esófago de Barrett.

Material y métodos: Estudio analítico descriptivo de 119 pacientes consecutivos con diagnóstico histológico de esófago de Barrett en el periodo comprendido entre enero de 2002 y enero de 2007. En todos ellos el diagnóstico se realizó mediante videoendoscopia digestiva alta con al menos cuatro biopsias del tercio inferior del esófago. Se estableció la prevalencia de segmentos cortos (EBSC), segmentos largos (EBSL), displasias de bajo grado (DBG), displasias de alto grado (DAG) y adenocarcinoma esofágico. Los estadísticos descriptivos se resolvieron con el programa SPSS versión 12.0 y se usaron la prueba de Chi-cuadrado para variables cualitativas y el Test de Student para las variables cuantitativas.

Resultados: La edad media (\pm desvío estándar) fue 56,03 años \pm 12,82 años (rango 19 – 93). De los 119 pacientes con esófago de Barrett, 13 (10,9%) presentaron displasia de bajo grado al momento del diagnóstico, 3 (2,5%) pacientes presentaron displasia de alto grado y 94 (78,9%) pacientes no presentaban displasia. Adenocarcinoma esofágico estuvo presente en 9 (7,5%) pacientes. EBSC fue encontrado en 26 (21,8%) de los 119 pacientes y EBSL en 87 (73,1%). Se identificó hernia hiatal en 60 pacientes, estando 83,3% de éstas asociada con EBSL ($p < 0,05$). EBSL se correlacionó con la presencia de displasia y adenocarcinoma ($p < 0,025$).

Conclusiones: Los resultados encontrados coinciden con la literatura internacional en cuanto a la prevalencia de displasia y adenocarcinoma en pacientes con esófago de Barrett y edad de presentación. EBSL fue 3 veces más frecuente en los pacientes con hernia hiatal y estuvo significativamente asociado con la presencia de displasia y adenocarcinoma de esófago.

RIESGO DE PÓLIPOS COLORECTALES EN PACIENTES CON PÓLIPOS GÁSTRICOS DEL TIPO GLANDULAR FÚNDICO

Luna, P⁽¹⁾; Mella, JM⁽¹⁾; Pereyra, L⁽¹⁾; Fischer, C⁽¹⁾; Medrano, M⁽¹⁾; Vizcaíno, B⁽¹⁾; Hadad, A⁽¹⁾; Mohaidle, A⁽¹⁾; Pedreira, S⁽¹⁾; Cimmino, DG⁽¹⁾; Boerr, LA⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Alemán. Argentina.

Introducción. El riesgo de pólipos gástricos y duodenales está incrementado en diversos síndromes de poliposis colónicas. El riesgo de pólipos colónicos y adenomas en pacientes con pólipos gástricos, especialmente de tipo glandular fúndico, no está bien establecido.

Objetivo. Evaluar el riesgo de presentar pólipos colónicos, adenomas y lesiones neoplásicas avanzadas (LNA) de pacientes con pólipos gástricos de tipo glandular fúndico.

Material y métodos. Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes que se habían realizado una endoscopia digestiva alta y baja entre septiembre de 2007 y agosto de 2008. Se excluyeron a aquellos con endoscopías digestivas previas, preparación intestinal inadecuada, colonoscopia incompleta, cirugías gástricas o colónicas, y enfermedad inflamatoria intestinal. Se realizó un estudio de casos y controles, definiéndose como "casos" a los pacientes con pólipos gástricos y como "controles" a los pacientes sin pólipos gástricos. Se calculó el riesgo, medido en odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza 95% (CI), de tener pólipos colónicos, adenomas y LNA (componente vellosa > 75%, tamaño \geq 10 mm, o displasia de alto grado).

Resultados. Se analizaron 247 pacientes: 70 con pólipos gástricos (casos) y 177 sin pólipos gástricos (controles). En los casos, la edad media fue de 60 ± 13 años, 71 % mujeres; los tipos de pólipos gástricos más frecuentes fueron glandulares fúndicos (74%, CI 62-84) e hiperplásicos (24%, CI 14-36); el 72% tuvieron gastritis inactiva o mínima y el 13% gastritis activa o severa; la prevalencia del *Helicobacter pylori* fue 16%; el 22% tuvieron pólipos colónicos (25% hiperplásicos y 68% adenomas, de los cuales 45% fueron LNA). En los controles, la edad media fue de 61 ± 13 años, 61 % mujeres; el 52% tuvieron gastritis inactiva o mínima y el 30% gastritis activa o severa; la prevalencia del *Helicobacter pylori* fue 27%; el 20% tuvieron pólipos colónicos (31% hiperplásicos y 63% adenomas, de los cuales 41% fueron LNA). La presencia de pólipos gástricos tuvo un OR de 1.20 (CI 0.62-2.3) para tener pólipos colónicos, un OR 1.65 (CI 0.44-5.82) para tener adenomas, y un OR 1.44 (CI 0.41-5.20) para LNA. La presencia de pólipos glandulares fúndicos tuvo un OR 0.80 (0.22-2.8) para tener pólipos colónicos, un OR 0.78 (CI 0.08-8.7) para adenomas colónicos, y un OR 0.08 (CI 0.007-1.02) para LNA.

Conclusión. Los resultados de este trabajo no demostraron un mayor riesgo de adenomas colorectales ni LNA en pacientes portadores de pólipos de tipo glandular fúndico. Por el contrario, habría una tendencia a la disminución de dicho riesgo ante la presencia de este tipo de pólipos gástricos.

LIMPIEZA COLONICA PARA COLONOSCOPIA

García, ML⁽¹⁾; Sanchez, C⁽¹⁾; Rodriguez, P⁽¹⁾; Cerisoli, C⁽¹⁾; Caro, L⁽¹⁾

⁽¹⁾Gedyt. Argentina.

INTRODUCCIÓN: la preparación colónica ideal es aquella que logre evacuar la materia fecal en su totalidad, y sea bien tolerada por el paciente. Las preparaciones comúnmente utilizadas (polietilenglicol (PEG) y soluciones a base de fosfatos), no cumplen todas estas características. Existen combinaciones de estas soluciones con laxantes catárticos como el bisacodilo, con menor volumen de ingesta. **OBJETIVOS:** 1) Determinar si la intolerancia en pacientes adultos a 4 litros de PEG es mayor con 2 litros de PEG + bisacodilo. 2) Determinar si existen diferencias entre la limpieza colónica obtenida en pacientes adultos que reciben PEG 4 litros vs PEG 2 litros asociados a 20 mg de bisacodilo. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo, observacional, aleatorizado y transversal, a simple ciego, de comparación a muestras independientes, durante 14 meses. Se randomizaron 299 pacientes a recibir 4 litros de PEG vs 2 litros de PEG + 20 mg de bisacodilo. La evaluación de la tolerancia se llevó a cabo mediante un cuestionario completado por los pacientes. Se consideró tolerancia a la preparación indicada, cuando el paciente había ingerido más del 75 % del volumen de la preparación, con o sin la presencia de náuseas, vómitos, distensión o dolor abdominal. La limpieza colónica fue evaluada según una escala, dividiéndola en cuatro grados (excelente, buena, regular y mala), considerando limpieza colónica exitosa (LCE) cuando el grado era excelente o buena. Los datos fueron volcados en una base de datos y analizados empleando el paquete estadístico SPSS 11.5 y Vcstat 2.0. **RESULTADOS:** 294 pacientes tuvieron limpieza colónica exitosa 220 pacientes (74.8%), mientras que la ingesta total del preparado se observó en 184 pacientes (62.6%). La prevalencia de síntomas de intolerancia fue superior entre mujeres que entre varones (75.4% vs 54.2%, $p = 0.0001$). El promedio de edad fue inferior entre pacientes con síntomas de intolerancia que entre aquellos sin dichos síntomas (52.7 años vs 56.3, $p = 0.0177$). La prevalencia de intolerancia fue mayor entre los pacientes que refirieron consumir todo el preparado indicado (77.3%) que entre los que consumieron poco o bastante o casi todo (62 %) ($p = 0.004$). La proporción de intolerancia a los distintos tipos de preparación fue similar en ambos grupos (68.4% 4 L de PEG y 67.1% 2 L de PEG+bisacodilo) ($p = 0.456$). La prevalencia de limpieza colónica exitosa fue significativamente superior con PEG 2 L + bisacodilo (82.9%) que con 4 L de PEG (65.4%) ($p = 0.00046$). **CONCLUSIONES:** La presencia de síntomas de intolerancia no se asocia con el tipo de preparado indicado. El riesgo de presentar síntomas de intolerancia fue más frecuente entre pacientes con edades mayores a 55 años respecto a menores de 55 años y en las mujeres más que en los varones. Independientemente de la cantidad de volumen consumido del preparado, aquellos pacientes que consumieron PEG 2 L + bisacodilo, tuvieron 2.2 veces (IC95 1.3-4.) más chance de tener limpieza colónica exitosa.

PÓLIPOS PEQUEÑOS DEL COLON: EL LOBO CON PIEL DE CORDERO?

Pereyra, L⁽¹⁾, Cimmino, D⁽¹⁾; Mella, JM⁽¹⁾; Popoff, F⁽¹⁾; Caldo, I⁽¹⁾; Mohaidle, A⁽¹⁾; Fischer, C⁽¹⁾; Medrano, M⁽¹⁾; Vizcaino, B⁽¹⁾; Hadad, A⁽¹⁾; Pedreira, SC⁽¹⁾; Boerr, L⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Alemán. Argentina.

Introducción: La importancia de los pólipos colónicos pequeños se ha convertido en un tema de controversia debido a la implementación de nuevos métodos de screening de cáncer colorectal que podrían pasar por alto estas lesiones. No se conoce con precisión la prevalencia de figuras histológicas avanzadas (FHA) (componente vellosa, displasia de alto grado) en este tipo de pólipos.

Objetivo: Determinar la prevalencia de FHA en pólipos colónicos pequeños y diminutos.

Métodos: Se identificaron retrospectivamente de la base de datos de un hospital de comunidad de Capital Federal, aquellos pacientes que se habían realizado una videocolonoscopía en el período comprendido entre el 1 Enero del 2008 y el 31 de diciembre del mismo año, y que presentaban pólipos pequeños (<9mm) o diminutos (<6mm). Se realizó análisis por pólipo, expresándose los resultados en porcentajes con sus respectivos intervalos de confianza 95%. Se realizó análisis multivariado de regresión logística para buscar predictores endoscópicos independientes de FHA.

Resultados: En 650 pacientes analizados, se hallaron 1212 pólipos, 330 \geq a 1 cm, 661 diminutos y 214 pólipos pequeños. Entre los pacientes con pólipos diminutos la edad media fue de 63 años, 51% varones y los pólipos más frecuentes fueron hiperplásicos (PH) (45%), adenomas tubulares (AT) (38%), tubulovellosos (ATV) (11.5%) y serratos (PS)(3%). La prevalencia de FHA en este grupo fue de 3.5%, de los cuales 21% fueron resecaadas con ansa, y 8% elevadas con solución salina y tatuadas con tinta china. La resección fue completa solo en el 25% de los casos. De los pacientes con pólipos pequeños la edad media fue de 63 años, 54% varones y los pólipos más frecuentes fueron ATV(35%), PH(28%), AT (25%) y PS (6%). La prevalencia de pólipos con FHA fue de 14%, 90% habían sido resecaadas con ansa, 40% elevadas con solución salina y tatuados con tinta china. La resección fue completa en la mitad de los casos. En el análisis univariado, fueron predictores de FHA: presunción del endoscopista, (OR 3.8 IC 2.2-6.6), y la presencia de 3 o más pólipos en rectosigma, en ausencia de otros pólipos mayores a 1cm en resto del colon (OR 0.012 , IC 0.009-0.8). En el análisis multivariado, fueron predictores independientes de FHA: la presencia de más de 5 pólipos (OR 8, IC 3-25) y la morfología sésil (OR 0.20, IC 0.10-0.38).

Conclusión: Existe un porcentaje importante de AHF en pólipos pequeños y menor en los diminutos. En la mayoría de las polipectomías no se pudo establecer margen de resección. Las estrategias de detección y resección de pólipos pueden aún ser optimizadas.

RELACION ENTRE PREPARACION COLÓNICA Y TOLERANCIA EN VIDEOCOLONOSCOPIA

Bosco, AM⁽¹⁾; Loza, M⁽¹⁾; Dutack, A⁽¹⁾; Carabajal, MT⁽²⁾; Fucile, V⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Nacional Alejandro Posadas ⁽²⁾Hospital Tornú. Argentina.

Introducción: La sedación y analgesia en videocolonoscopia (VCC) varía desde sedación mínima hasta anestesia general, aunque la sedación superficial y consciente es la más utilizada en nuestro medio. Es conocido también que procedimientos repetidos por mala preparación es un mal indicador de calidad de colonoscopia y es generalmente secundaria a deficiencias socio-económicas y culturales, frecuentes en Latinoamérica, y hace el procedimiento mucho más prolongado y dificultoso, con riesgo de complicaciones e imposibilita la precisión diagnóstica y terapéutica. Objetivos: I.-Relacionar los diferentes grados de limpieza colónica, con las distintas tolerancias. II.-Evaluar el porcentaje de estudios completos (llegada a ciego, ileon o estenosis). Métodos: Se analizaron en forma prospectiva todos los procedimientos de VCC realizados en un período de 2 años (2006-2007) en bases de datos estandarizadas que incluyeron variables demográficas y datos relacionados con la VCC (Grado de preparación intestinal, tolerancia, intubación completa). Se realizó sedación con midazolán y fentanilo. La preparación colónica fue evaluada según una escala propia en: 1) excelente: sin restos de materia fecal, tinción o sustancia opaca. 2) buena: materia fecal líquida, liquido de tinción o sustancia opaca, fácilmente aspirable o flusheable en colon, 3) regular: restos aislados materia fecal sólida o semisólida y 3) mala: cuando se suspendió el estudio por la presencia de materia fecal sólida que impedía la visualización mucosa. La tolerancia al examen fue valorada por una escala que se construyó bajo los siguientes criterios: **a.- excelente**: no se acordaban del estudio, **b.-buena**, repetiría el examen en las mismas circunstancias; **c.- regular**, preferiría mayor sedación en caso de repetir el examen; **mala**, no aceptaría a repetir el examen o sólo bajo anestesia general. Se consideró una tolerancia aceptable; cuando era excelente ó buena y no aceptable: si era regular ó mala. Se realizó cálculo de probabilidades Resultados: se analizaron 2108 colonoscopías sucesivamente incorporadas a la base de datos de VCC del servicio de endoscopia en 24 meses. El total de estudios completos fue de **77.92 %**. Se hallaron los siguientes resultados; Limpieza colónica: Excelente: 356 (16.88 %) Buena: 997 (47.29%) Regular: 493 (23.38%) y Mala: 213 (10.10%) La tolerancia fue excelente en 539 pacientes, buena en 987, regular en 211 y mala en 48. No evaluados correctamente la tolerancia: 49 (2.32%). La tolerancia **aceptable** (Excelente y buena), relacionada con las preparación colónica excelente (89.64%) fue mayor que con la preparación regular (76.66%) ($p < 0.01$). Conclusión: Se deben extremar las medidas para obtener una adecuada limpieza colónica, para lograr, no solamente una excelencia en la identificación de lesiones y aumentar el porcentaje de intubación colónica, si no también para mejorar la tolerancia en aquellos pacientes con sedación superficial y consciente.

Relación entre preparación colónica y tolerancia en pacientes con sedación superficial y consciente

| Tolerancia | Preparación | | | No evaluadas=49 |
|--------------------------------------|---------------|--------------|--------------|-----------------|
| | Excelente=356 | Buena=997 | Regular=493 | |
| 2108 VCC | | | | |
| Excelente: 539 | 191 (53.65%) | 228 (22.86%) | 115 (23.32%) | 5 |
| Buena: 987 | 128 (35.99%) | 578 (57.97%) | 263 (53.34%) | 18 |
| Regular: 211 | 21 (5.89%) | 113 (11.33%) | 75 (15.21%) | 2 |
| Mala: 48 | 4 (1.12%) | 22 (2.20%) | 19 (3.85%) | 3 |
| No evaluadas: 110 | 12 (3.37%) | 56 (5.61%) | 21 (4.25%) | 21 |
| Suspendidas:213 por mala preparación | | | | |

PRÓTESIS METÁLICAS CUBIERTAS (PMC) Y NO CUBIERTAS (PMNC) EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS MALIGNAS DISTALES DE LA VÍA BILIAR

Macías Gomez, C⁽¹⁾; Lam Chong, R⁽¹⁾; Marcaccio, FH⁽¹⁾; Marcolongo, M⁽¹⁾; Van Domselaar, F⁽¹⁾; De Paula, JA⁽¹⁾; Davolos, JR⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El tratamiento paliativo de las estenosis malignas irresecables de la vía biliar distal mediante el uso de PMNC y sus ventajas en comparación con las prótesis plásticas esta bien estudiada. Sin embargo la utilización de estas prótesis metálicas se asocia con ictericia recurrente y colangitis ocasionada por crecimiento tumoral por dentro de la prótesis (ingrowth). Para evitar este inconveniente se diseñaron las PMC, aunque el uso de estas prótesis se ha asociado a una mayor tasa de migración, colecistitis y pancreatitis. No existen reportes que comparen a las PMC vs. PMNC en nuestro país. **Objetivo:** Comparar la eficacia, tiempo de permeabilidad y rango de complicaciones de las PMC y PMNC utilizadas para en el tratamiento de las EMDVB. **Material y Métodos:** Se recolectaron de forma retrospectiva los datos de 62 pacientes a los que se colocó PMC y PMNC para el tratamiento paliativo de las EMDVB en nuestra institución desde Julio de 2001 a Marzo de 2008. Bajo anestesia general se realizó esfinterotomía endoscópica a todos los pacientes, seguido de la colocación de prótesis metálicas. Se determinaron la morbilidad asociada al procedimiento, tiempo de permeabilidad del stent, morbilidad asociada al stent y la sobrevida global de los pacientes post procedimiento. Los pacientes fueron evaluados por consultorios externos clínicamente y con exámenes de laboratorios mensualmente. **Resultados:** Se realizaron 58 colocaciones de prótesis metálicas en los 52 pacientes de las cuales 31 (53%) fueron PMNC y 27 (47%) fueron PMC. El 54% (28) de los pacientes eran mujeres y la edad media de los pacientes fue 69 + 13 (33-97). Los diagnósticos de base fueron Cáncer de páncreas 41 (79%), Ampuloma 5 (10%), Colangiocarcinoma 4 (8%), Papilomatosis biliar 1 y Compresión ganglionar metastásica 1 paciente. La media de tiempo desde la colocación a la oclusión fue de 270 días (rango intercuartilo 229) para el grupo de PMC y de 129 días para el grupo de PMNC (rango intercuartilo 95) p=0.055. Las complicaciones durante el periodo de seguimiento fueron: Migración (6[23%] en PMC 0 en PMNC p=0.006). oclusión por crecimiento peri prótesis u overgrowth (2[8%] en PMC versus 0 en PMNC p=0.24, oclusión por crecimiento intraprotesis o ingrowth en 7[23%] de PMNC versus 0 en PMC p=0.012). El rango de patencia acumulativa a los 170 días fue de 0.82 (0.58-0.94, [95% IC]) para el grupo de PMC y de 0.64 (0.4-0.82 [95% IC] en el grupo de PMNC (p=0.2 [test de Cox-mantel]. La sobrevida estimada a los 270 días fue de 0.48 (0.29-0.68 [95% IC] en PMC y 0.37 (0.22 -0.56 [95% IC] en PMNC (p=0.92). **Conclusión:** En nuestro estudio no encontramos diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de permeabilidad de las prótesis, sobrevida y complicaciones entre los grupos de PMC y PMNC. Sin embargo la migración se observó con más frecuencia en el grupo de PMC y la oclusión por crecimiento intraprotésico (ingrowth) fue mas frecuente en el grupo de PMNC.

UTILIDAD DEL ARGÓN PLASMA EN UN CENTRO AMBULATORIO DE ENDOSCOPIA.

Sanchez, CA⁽¹⁾; Rodriguez, PC⁽¹⁾; Cerisoli, C⁽¹⁾; Caro, L⁽¹⁾

⁽¹⁾Gedyt S.A. Argentina.

Introducción: La coagulación con Argón plasma (APC) es una herramienta muy útil para la terapéutica endoscópica con amplio desarrollo en la última década. Su uso es muy frecuente en el ámbito hospitalario y sanatorial, en el marco del manejo de hemorragia digestiva. Las indicaciones se han ampliado en los últimos años y actualmente muchas patologías son tratadas con argón plasma.

Objetivo: describir la experiencia de los primeros 27 meses en el uso del APC en un centro de endoscopia ambulatoria, evaluando la población, las indicaciones, número de procedimientos y seguridad del uso del APC en un centro ambulatorio.

Materiales y métodos: Sobre 40783 procedimientos endoscópicos ambulatorios se analizaron retrospectivamente los datos epidemiológicos y los registros de las endoscopías de los pacientes que recibieron tratamiento con APC desde marzo 2007 a mayo 2009 (27 meses)

Resultados: 101 pacientes en 27 meses. Sexo: Masculino 53/Femenino 48 (relación 1:1). Mediana de edad 71 años (rango 30 a 101). Número de procedimientos: 139. Promedio 1,38 procedimientos por paciente. Se realizaron 2 sesiones a 13 pacientes; 3 sesiones a 5 pacientes y 5 a sólo un paciente. Se realizaron procedimientos dobles (veda y vcc en un mismo tiempo) a 7 pacientes. En colonoscopia (77 casos) las indicaciones fueron: ectasias vasculares 50; rectitis actínica 16 y asistencia en mucosectomía en 11 pacientes. En endoscopia digestiva alta (62 casos) las indicaciones fueron: ectasias vasculares 50; GAVE 7; asistencia en mucosectomía 2; otras 3. Los procedimientos dobles fueron todos para tratamiento de ectasias vasculares gastroduodenales y colónicas. La patología que requirió mas sesiones fue GAVE con 2.3 procedimiento por paciente. Globalmente las malformaciones vasculares representan el 76% de todas las indicaciones. Usos excepcionales fueron: tratamiento de restos adenomatosos de mucosectomía de duodeno; tratamiento de Barrett residual post terapia fotodinámica y corte de hilos de sutura en anastomosis gastroyeyunal de by pass gástrico. No hubo complicaciones inmediatas en ningún paciente. Se presentaron 2 perforaciones tardías (luego de 48 horas) de colon derecho que requirieron cirugía. Tasa de complicación 1,4%. Estas complicaciones se dieron en los primeros casos y a partir de ellas se ajustó la potencia en la administración del APC.

Conclusiones: El argón plasma es una herramienta útil para la endoscopia terapéutica en pacientes ambulatorios. Las malformaciones vasculares son las indicaciones más frecuentes. La tasa de complicaciones es muy baja lo cual permite realizarlo en forma segura en un contexto ambulatorio.

UTILIDAD DE LA VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN MENORES DE 30 AÑOS.

Tobal, F⁽¹⁾; Tobal, D⁽¹⁾

⁽¹⁾GENBA (Gastroenterología y Endoscopia de Buenos Aires)

INTRODUCCION Los trastornos funcionales son la causa más común de síntomas digestivos altos en la población menor de 30 años. Sin embargo, la realización de estudios endoscópicos del tracto digestivo superior en este grupo etario aumenta año a año, en la gran mayoría de los casos por indicación de otros especialistas. El beneficio clínico de realizar estudios endoscópicos del tracto digestivo superior en menores de 30 años se encuentra escasamente estudiado en nuestro medio.

OBJETIVO Determinar el beneficio clínico de la videoendoscopia digestiva alta en menores de 30 años.

P Y M Estudio de corte transversal donde fueron incluidos consecutivamente pacientes menores de 30 años derivados a nuestro centro para la realización de Videoendoscopia Digestiva Alta (VEDA). Fueron excluidos del análisis aquellos pacientes que se realizaban el estudio por los siguientes motivos: Prequirúrgico de Cirugía Bariátrica, control de enfermedad celíaca (EC) conocida y anticuerpos positivos para EC.

Operativamente se definieron como hallazgos positivos aquellas entidades plausibles de tratamiento médico, endoscópico y/o quirúrgico que potencialmente modifiquen la conducta terapéutica y eventualmente el pronóstico y/o calidad de vida del paciente. Todos los procedimientos fueron realizados con anestesia general y monitoreo a cargo del anestesista de nuestro centro.

RESULTADOS Fueron incluidos 151 pacientes (F/M 83/68, edad media (\pm DE) 24.5 (\pm 3.9) . Los principales motivos de solicitud fueron: Dolor epigástrico en 40, Dispepsia en 36, Pirosis en 27 y Síntomas sugestivos de EC (diarrea, anemia, pérdida de peso) con anticuerpos negativos o sin anticuerpos previos en 35. Se tomaron biopsias de segunda porción duodenal en todos los pacientes con síntomas sugestivos de EC y en aquellos pacientes con imagen endoscópica compatible con atrofia vellositaria.

En el 81% de los casos el estudio no mostró alteraciones. El rédito diagnóstico de la VEDA fue del 19%. Los principales diagnósticos fueron: Esofagitis erosiva en 10 pacientes (6 con pirosis, 2 con dispepsia y 2 con síntomas sugestivos de EC), Atrofia vellositaria en 7 (4 con síntomas sugestivos de EC y 3 con dolor epigástrico), y Antritis Congestiva en 7 pacientes.

CONCLUSIONES El escaso rédito diagnóstico de la VEDA observado en este estudio concuerda con las recomendaciones actuales. Muchos estudios podrían haberse evitado realizando análisis previos (ej anticuerpos enfermedad celíaca en pacientes sospechosos) o tratamiento sintomático (ej, inhibidores de la bomba de protones en pacientes con pirosis) sin que eso hubiese cambiado el pronóstico del paciente. Sin embargo, el aumento de la demanda generada por otros especialistas plantea una dificultad operativa para no realizar estudios innecesarios.

LA ECOENDOSCOPIA, CONOCIDA O NO? EN NUESTRO MEDIO

Canseco, S⁽¹⁾; Sanchez, C⁽¹⁾; Caro, L⁽¹⁾

⁽¹⁾Gedyt. Argentina.

Introducción: La ecoendoscopia (EUS) comenzó a realizarse en la Argentina en 1984 y hasta la fecha, son pocos los centros donde se realiza este tipo de estudio, por lo que creemos que es un método complementario poco valorado en nuestro medio. **Objetivos:** en especialistas en gastroenterología, endoscopia, clínica médica y cirugía que concurren a un evento científico se desea 1) estimar, el grado de conocimiento acerca de las indicaciones EUS en las patologías del tubo digestivo 2) determinar si existen diferencias en el grado de conocimientos según especialidad y años de ejercicio profesional. **Materiales y Métodos:** Se diseñó un cuestionario, para evaluar el conocimiento de las indicaciones de la EUS en Patología de Esófago, Gastro-duodenal, Páncreas - Vía biliar y Rectal, cada ítem está conformado por un total de seis preguntas de las cuales tres eran indicaciones de EUS y las otras eran no indicación de EUS. Se registraron las especialidades y los años de ejercicio en la especialidad (< 5 años, 5 y 10 años, > 10 años). Pruebas de significación: Análisis de la Variancia a una vía y prueba Kruskal Wallis (alfa= 0.05). **Resultados:** 372 profesionales contestaron el cuestionario (31.7% gastroenterólogos clínicos, 36.3% gastroenterólogos endoscopistas, 26.3% médicos clínicos, 5.6% cirujanos). 53.5% tenía más de 10 años del ejercicio de la profesión, 23.9% entre 5 y 10 años y el resto menos de 5 años. En cada una de las patologías evaluadas la mediana de respuestas correctas fue 3 (IC95% 3-4), siendo globalmente una mediana de respuestas correctas 12 (IC95% 11- 14). Se hallaron diferencias significativas entre las medianas de respuestas correctas según la especialidad en todas las aéreas y en forma global siendo, en este último caso mayor grado de conocimiento entre los gastroenterólogos endoscopistas (mediana= 18) en comparación con gastroenterólogos clínicos, médicos clínico y cirujanos (medianas = 14.5, 8 y 12, KW=71.07, p<0.0001). Los años de ejercicio de la profesión no tuvieron asociación significativa con el grado de conocimiento de los profesionales, tanto en la valoración del conocimiento por patología como global. **Conclusiones:** Independientemente del tiempo que lleve el profesional en salud realizando el ejercicio de su especialización, aquellos dedicados a la gastroenterología endoscópica tienen mayor grado de conocimiento sobre las indicaciones adecuadas de EUS.

FICE EXPERIENCIA CON UNA NUEVA TECNOLOGIA

De Maria, JC⁽¹⁾; Matano, R⁽¹⁾; Promenzio, E⁽¹⁾; Guidi, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Htal El Cruce Alta Complejidad en red .Florencio Varela. Argentina.

INTRODUCCION:LA TECNICA FICE ADOPTA UNA UNA TECOLOGIA DE ESTIMACION ESPECTRAL DE LA IMAGEN SIMULANDO LA CROMOENDOSCOPIA Y PERMITIENDO DETECTAR LA MICROESTRUCTURA Y LOS CAPILARES SANGUINEOS DE LA MEMBRANA MUCOSA AYUDANDO AL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES Y DE LESIONES NO TUMORALES

OBJETIVOS: LOS OBJETIVOS DEL TRABAJO SON REPORTAR LA HABILIDAD DE ESTA NUEVA MODALIDAD DE CROMOENDOSCOPIA VIRTUAL COMPUTARIZADA (FICE) EN LA CARACTERIZACION DE PATRONES ENDOSCOPICOS NORMALES Y/O PATOLOGICOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL Y TRANSMITIR NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL SU UTILIZACION.

MATERIAL Y METODOS:

DESDE OCTUBRE DEL 2008 A JUNIO 2009 SE EVALUARON LOS PACIENTES QUE SE SOMETIERON A ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS ALTAS Y COLONOSCOPIAS EN NUESTRO SERVICIO UTILIZANDO LA LUZ BLANCA Y POSTERIORMENTE FICE COMO ASI TAMBIEN MAGNIFICACION PARA EVALUAR LAS CARACTERISTICAS DE LA MUCOSA NORMAL Y PARA REALZAR CARACTERISTICAS PATOLOGICAS

RESULTADOS

SE REALIZA UNA COMPARACION DE IMAGENES NORMALES CON LUZ BLANCA Y POSTERIORMENTE CON FICE COMO ASI TAMBIEN DIFERENTES IMAGENES PATOLOGICAS

CONCLUSION

FICE Y MAGNIFICACION PUEDE DEMOSTRAR LA MICROESTRUCTURA Y LOS CAPILARES SANGUINEOS Y ESTA TIENE UNA SUPERIORIDAD MAYOR, ALTA ESPECIFICIDAD Y SENSIBILIDAD CUANDO SE LO COMPARA CON LA ENDOSCOPIA DE MAGNIFICACION Y CON CROMOENDOSCOPIA .ADEMAS ES FACIL DE OPERAR Y PERMITE DETERMINAR AL OPERADOR EL LUGAR DE TOMA DE BIOPSIAS EN FORMA MAS SEGURA.

DETERMINACION DE LA ACCION MICOBACTERICIDA DEL GLUTARALDEHIDO AL 2% EN SU ULTIMO DIA DE UTILIDADWeinstock, DB⁽¹⁾; Pacheco, K⁽¹⁾; Fucile, V⁽¹⁾; Varsky, C⁽¹⁾; Zapata, A⁽¹⁾; Dibartolomeo, S⁽¹⁾⁽¹⁾Hospital Nacional Profesor A.Posadas. Argentina.**Introducción:**

Es sabido que la actividad antimicrobiana del glutaraldehído tiene un tiempo límite y varía según las marcas comerciales y la concentración. Los fabricantes indican el control de su actividad mediante la utilización de tiras reactivas que en la práctica no se logran adquirir, por lo que habitualmente no se puede confirmar la acción desinfectante durante su uso. Además en los Servicios con alta frecuencia de estudios la posibilidad de dilución del glutaraldehído es sospechada lo cual restaría la acción desinfectante, mayormente en los últimos días.

Objetivo:

Determinar la acción micobactericida el último día de utilidad de una solución de glutaraldehído al 2% usado durante 14 días en un Servicio con alta frecuencia diaria de estudios endoscópicos.

Material y Métodos: Se confeccionó una muestra contaminante con una cepa de Mycobacterium fortuitum proveniente del A.N.L.I.S. (Instituto Malbran) con una concentración 1/10.000 . Se contaminaron 6 videoendoscopios y se cuantificó el recuento de colonias después de la limpieza sistematizada y la inmersión en glutaraldehído al 2% durante 20' y 25'. Estudio observacional descriptivo.

Resultados:

De las seis determinaciones tres no desarrollaron colonias y en las otras tres no se pudo valorar el desarrollo de micobacterias debido a que los cultivos se contaminaron.

Conclusiones:

En la mitad de las determinaciones se logró actividad micobactericida En la mitad de las determinaciones no se pudo evaluar debido a la contaminación de los cultivos

Comentario:

La contaminación por otros gérmenes de los cultivos se puede producir por inadecuada manipulación de las muestras o por microorganismos ambientales contaminantes. Nosotros realizamos el trabajo en la sala de limpieza y desinfección en la cual habitualmente no se dispone de campana de aislamiento que hubiera podido evitar o reducir la posibilidad de contaminación de las muestras. Entendemos necesario realizar el muestreo bajo dicha campana en próximos trabajos para disminuir el riesgo de contaminación y lograr mayor rendimiento de las muestras analizadas.

Resultados

| Endoscopio | Tiempo de inmersión | Recuento de colonias |
|-----------------------------|---------------------|----------------------|
| Videoduodeno ED 3410 | 20' | <1 |
| VideogastroscoPIO EG 290P | 25' | contaminado |
| VideocolonoscoPIO EC 380IL | 25' | <1 |
| VideocolonoscoPIO EC 380 IL | 20' | contaminado |
| VideoduodenoscoPIO ED 3410 | 20' | contaminado |
| VideogastroscoPIO EG 290P | 20' | <1 |

SEGUIMIENTO TELEFÓNICO EN 9086 PACIENTES ASISTIDOS EN UN CENTRO AMBULATORIO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Cerisoli, C⁽¹⁾; Parietti, A⁽¹⁾; Machado, C⁽¹⁾; Rodríguez, PC⁽¹⁾; Banchemo, I⁽¹⁾; Caro, L⁽¹⁾

⁽¹⁾Gedyt. Argentina.

Introducción: La evolución de los pacientes ambulatorios sometidos a estudios de VEDA y VCC diagnósticos y/o terapéuticos es un desafío para los Centros Ambulatorios de Gastroenterología por la rápida descarga y las dificultades que pueden presentar en la recuperación mediata. Desde nuestra institución hemos implementado el seguimiento telefónico como una forma rápida y efectiva de manejar las complicaciones que pueden producirse en el post estudio dentro de las primeras 12hs

Objetivo: El objetivo de nuestra experiencia es demostrar la efectividad del seguimiento telefónico en el control de los pacientes estudiados y la seguridad y facilidad de resolución de los problemas que pudieran suceder acercando la consulta médica en forma inmediata.

Material y Método: En nuestro centro se efectúan todos los estudios endoscópicos bajo la técnica de sedación profunda con la consiguiente recuperación y descarga del paciente con instrucciones escritas, habitualmente dentro de los treinta minutos de finalizado el procedimiento.

La llamada es realizada por una asistente en endoscopia que pregunta sobre la base de un cuestionario informatizado y que se encuentra capacitada para reconocer los síntomas clínicos de alarma y resolver los inconvenientes mínimos que se presenten, con la obligación de transferir el aviso al médico endoscopista de aquellas situaciones que requieren mayor complejidad.

Resultados: En el presente estudio solo se consideran los llamados alcanzados en el primer contacto, en el periodo comprendido entre el Ene 2003 al Nov/2008. En el cual se realizaron un total de 42960 procedimientos. Se descartaron para el análisis dejados en el contestador y/o respondidos un familiar. Los pacientes que respondieron personalmente a nuestra 1ra llamada fueron un total de 9086 que incluyeron 3910 VEDA y 5176 VCC. De ese lote de estudios el 17% correspondieron a procedimientos dobles. El total de las molestias presentadas fueron 1144 (12,38% de los estudios efectuados) y resueltas a través de la consulta telefónica efectuada por la técnica dentro de las primeras 12 hs de efectuado el procedimiento. Dentro de los 1144 casos reportados se encontraron agrupados los inconvenientes en tres grandes grupos: Gases abdominales y meteorismo 492 (43%), Somnolencia 269 (23,5%), Dolor 383 (33,5%). Solo en 57 (0.6%) casos fue necesario llamar en consulta al médico endoscopista para seguimiento ulterior.

Conclusiones: El presente seguimiento telefónico dentro de las primeras 12 hs permitió diagnosticar y resolver la sintomatología adversa descrita por el 12,38% de nuestros pacientes facilitando el confort y la seguridad de los mismos y su resultado implica un cambio en la estrategia asistencial de Centros ambulatorios con sedación profunda al permitir la rápida y segura externación minimizando los riesgos posteriores y maximizando el control

EPIDEMIOLOGÍA DEL ESÓFAGO DE BARRETT EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE COMUNIDAD

Cariello, M⁽¹⁾; Carrillo, PA⁽¹⁾; Talamazzi, ÁR⁽¹⁾; Abecia, VH⁽¹⁾; Pogorelsky, V⁽¹⁾; Macías Gómez, CA⁽¹⁾; Dávalos, JR⁽¹⁾; De Paula, JA⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: Evaluar la prevalencia endoscópica de diagnóstico, epidemiología y progresión del Esófago de Barrett (EB) en un hospital universitario de comunidad.

Método: Analizamos las historias clínicas electrónicas de pacientes adultos en los que se ha diagnosticado EB en una videoendoscopia digestiva alta (VEDA) entre enero del 2004 y agosto del 2008 en nuestra institución. Las variables consideradas fueron edad al diagnóstico, sexo, síntomas relacionados, diagnóstico preexistente de EB, hallazgos endoscópicos, resultados histopatológicos y seguimiento clínico y endoscópico.

Resultados: Entre los 147.109 individuos pertenecientes al sistema de salud de nuestro hospital se realizaron 10.996 VEDAs en 9.175 pacientes. Ciento diez de ellos obtuvieron diagnóstico endoscópico de EB (prevalencia de diagnóstico endoscópico estimada en 74.8/100.000). La edad media al momento del diagnóstico fue de 67 años (30-90). Razón hombre:mujer de 1.5:1. Dichos pacientes fueron referidos por síntomas relacionados a ERGE (66%), dispepsia (8%), otros (13%) o seguimiento de EB diagnosticado previamente (13%). Treinta y siete pacientes (33.5%) presentaban extensión circunferencial de la lesión, 19 (51%) eran segmentos largos (mayores a 3 cm) y 18 (49%) segmentos cortos de EB (menores a 3 cm). Por otro lado en 67 pacientes (61%) sólo se visualizaron lengüetas, que en 52 individuos (78%) eran segmentos largos y en 15 (22%) segmentos cortos de EB. Cuatro pacientes (3.5%) presentaron extensión circunferencial y en lengüetas (3 como segmento largo y 1 como segmento corto) y 2 (2%) tenían estenosis. La mayoría de los pacientes presentaban concomitantemente otras lesiones endoscópicas: hernia hiatal (47%), esofagitis erosiva (7%), ambas (24%), otras (11%) y sólo 11% no tuvo otro hallazgo más que el EB. Al momento de la primera VEDA, en 79 pacientes (72%) no se detectó displasia, en 28 (25%) se detectó displasia de bajo grado (DBG), en 1 (1%) displasia de alto grado (DAG) y en 2 (2%) adenocarcinoma. Cincuenta y siete individuos continuaron en seguimiento endoscópico (52%), un total de 88 procedimientos en los que se tomaron biopsias para detección de displasia o neoplasia: en 65 casos (74%) la displasia se mantuvo aparentemente estable, en 14 (16%) la displasia impresionaba haber regresado en algún grado y en 9 (10%) la metaplasia presentó progresión (en 7 casos a DBG, en 1 a DAG y en otro a adenocarcinoma).

Conclusiones: La edad media al diagnóstico de EB en nuestra población es algo mayor y la razón hombre:mujer algo menor a la reportada en otras series. Dos tercios de nuestros pacientes presentaron sólo extensión en lengüetas. La mayoría de los individuos no presentaban displasia y el seguimiento mostró que en gran parte de los casos el grado de displasia se mantuvo aparentemente estable. De todas maneras los resultados de este trabajo nos han impulsado a iniciar estudios prospectivos para valorar correctamente la importancia de nuestros hallazgos.

SEDACIÓN Y ANALGESIA EN VIDEOCOLONOSCOPIAS. COMPARACIÓN ENTRE EL USO DE PROPOFOL VS BENZODIACEPINAS/ OPIÁCEOS.

Bosco, AM^(1, 2); Loza , M; Dutack, A; Fucile, V

⁽¹⁾Hospital Nacional Alejandro Posadas ⁽²⁾Servicio de Endoscopia. Argentina.

Introducción: La sedación y analgesia en endoscopia gastrointestinal varía de sedación mínima a anestesia general. En nuestro país el uso de sedación/analgesia en colonoscopia es muy variable En el hospital, hace 10 años comenzamos a realizar sedación superficial por endoscopistas a todas las videocolonoscopias (VCC) y desde hace dos años contamos con anestesista para realizar sedación profunda. Objetivos: I.- Evaluar la tolerancia, y efectos adversos de nuestra población a la sedación consciente vs profunda en la VCC en los dos últimos años. II.- Evaluar el porcentaje de llegada a ciego en los diferentes tipos de tolerancia. Métodos: Recolectamos en forma prospectiva todos las VCC realizadas en 2 años (2006-2007) en bases de datos que incluyen variables demográficas, clínicas, y datos del procedimiento. La tolerancia al examen fue valorada con una escala que se construyó bajo los siguientes criterios: **a.- excelente**: no se acordaban del estudio, **b.-buena**, repetiría el examen en las mismas circunstancias; **c.- regular**, preferiría mayor sedación en caso de repetir el examen; **d.-mala**, no aceptaría repetir el examen o sólo bajo anestesia general. Se agruparon los pacientes en dos grupos: a)1: Se realizó sedación con opiodes y benzodiazepinas, con la supervisión del endoscopista, se administró midazolam: comenzando con 1 mg y titulando progresivamente de a 1 mg y fentanilo, 0,05 mg o nubaina y al b) 2: La sedación con propofol fue suministrada por el anestesista y controlada por el mismo. En ambas sedaciones se realizó control de saturación de O2 y parámetros vitales. Se analizaron exclusivamente en este trabajo los efectos adversos mayores: Desaturación transitoria de O2 (< 80%), apneas, arritmias significativas e hipotensión arterial y mortalidad. Se realizó calculo de probabilidad Resultados: Se analizaron 1781 VCC: 1618 correspondían al 1er grupo y 163 al grupo 2. En el grupo 1 la dosis promedio de midazolam fue de 3.18 mg y la de fentanilo de 0.10 mg por paciente y por endoscopia. En el grupo 2 el 53% recibió propofol solo y el resto combinado con midazolam o fentanilo. El nivel de tolerancia aceptable (excelente+buena) fue del 83% vs 90% para los grupos 1 y 2 respectivamente (p no significativo) Los efectos adversos mayores fueron de 1.15% vs 3.06% para los grupos 1 y 2.(p No significativo) Los estudios completos fueron del 76.93% vs 86.79% en los grupos 1 y 2. Conclusiones: El nivel de aceptabilidad es ligeramente inferior pero sin diferencia significativa, lo mismo que los estudios completos pero, con menor porcentaje de complicaciones, sin diferencia significativa. Por lo tanto la sedación superficial con benzodiazepinas/opiáceos es un método seguro y aplicable en los lugares donde no se cuenta con anestesista.

REDITO DIAGNOSTICO DE LA COLONOSCOPIA EN LA PESQUISA DE CANCER COLORECTAL EN MENORES DE 50 AÑOS CON RIESGO AUMENTADO

Tobal, F⁽¹⁾; Tobal, D

⁽¹⁾GENBA (Gastroenterología y Endoscopia de Buenos Aires)

INTRODUCCION Estudios previos han reportado el bajo rédito de realizar pesquisa (screening) de cáncer colorectal (CCR) en personas menores de 50 años sin signos de alarma ni antecedentes familiares (riesgo promedio). En sujetos con antecedentes familiares de CCR (riesgo aumentado) la pesquisa se encuentra recomendada a partir de los 40 años. Sin embargo, el rédito de realizar pesquisa en la menores de 50 años con riesgo aumentado de CCR es poco certero debido a que no se conoce la prevalencia de lesiones colónicas en este grupo etario

OBJETIVO Determinar la prevalencia de lesiones colónicas potencialmente malignas y CCR halladas en colonoscopia en personas menores de 50 años con riesgo aumentado y compararla con la población menor de 50 años con riesgo promedio.

P Y M Fueron incluidos consecutivamente todas aquellas personas derivadas para la realización de videocolonosocopia como método de screening de cáncer colorectal en el período de un año. Todos los estudios endoscópicos fueron completos. Se definió operativamente colonoscopia normal aquella que no presentaba pólipos ni cáncer. Fueron excluidos del análisis los sujetos con hematoquezia, anemia, pérdida de peso no intencional y alteraciones recientes en el ritmo evacuatorio.

RESULTADOS Fueron incluidos 210 sujetos (F/M 120/90, edad media (\pm DE) 40.5 (\pm 7) años) de los cuáles 76 (F/M 49/27, edad media (\pm DE) 40.7 (\pm 7) años) pertenecían al grupo de riesgo aumentado y 134 (F/M 71/63, edad media (\pm DE) 40.3 (\pm 7) años) pertenecían al grupo de riesgo promedio. Se evidenciaron hallazgos positivos en 17 sujetos pertenecientes al grupo de riesgo aumentado (16 tenían pólipos y 1 CCR) y en 20 sujetos pertenecientes al grupo de riesgo promedio (todos tenían pólipos) (22% vs 15% OR 1.6)

CONCLUSIONES La prevalencia de lesiones colónicas potencialmente malignas y CCR es mayor en pacientes con antecedentes familiares de CCR. Sin embargo, el rédito diagnóstico de realizar pesquisa en este grupo de pacientes es relativamente bajo. Se necesitan más estudios para evaluar la costo-efectividad de la colonoscopia en este grupo de pacientes.

MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA COLÓNICA. NUESTRA EXPERIENCIA

Escobar, A⁽¹⁾; Rodriguez, P⁽¹⁾; Sanchez, C⁽¹⁾; Bolino, C⁽¹⁾; Sylvester, G⁽¹⁾; Caro, C⁽¹⁾; Elsner, B⁽²⁾; Elizalde, S⁽²⁾; Dominiquini, E⁽³⁾; Avagnina, A⁽⁴⁾; Caro, L⁽¹⁾

⁽¹⁾Gedyt (gastroenterología diagnóstico y terapéutica) ⁽²⁾Centro de patología ⁽³⁾Instituto Alexander Fleming ⁽⁴⁾Cemic. Argentina.

Introducción: La mucosectomía es la resección de un fragmento de la pared del tracto gastrointestinal que incluye la mucosa, muscular de la mucosa y parte de la submucosa.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en la realización de mucosectomía endoscópica colónica en los últimos 5 años. Evaluar la prevalencia del sexo, la localización anatómica, tipo morfológico, tipo histológico de la lesión e incidencia de carcinoma intramucoso

Material y Método: El estudio es observacional, descriptivo y retrospectivo. Fueron analizados los datos de resección mucosa endoscópica de lesiones colónica sésiles y planas; realizadas en nuestros centros ambulatorios desde enero del 2004 hasta abril del 2009.

Resultado: Sobre un total de 25000 estudios endoscópico de diagnóstico y terapéutico realizados en nuestra sede de Gedyt se realizaron 395 mucosectomías endoscópicas colónicas siendo 245 en hombres (62%) y 150 en mujeres (38%). La edad media fue de 64 años (rango 24 – 88 años). se inyectó solución de adrenalina diluida en fisiológica (1/ 20000), en submucosa seguida de la resección con ansa de polipectomía en bloque o piece meal.

Las lesiones se distribuyeron en ciego (67/ 17%) válvula ileocecal (6/ 1.5%) colon ascendente (99/ 25%) áng. hepático (15/ 3.7%) colon transversal (22/ 5.5%) áng. esplénico (16/ 4%) colon descendente (41/ 10.3%) sigma (50/12.6%) y recto (71/ 18%).

El tipo morfológico predominante fueron las lesiones planas (252/63.8 %); y las sésiles (143/36.2 %). A nivel histológico predominó el adenoma tubular (120/ 30.4%), y también se hallaron tubulo vellosos (94/ 23.8 %) vellosos (7/ 1.7%) aserrados (42/10.6%) hiperplásicos (69/17.4 %) adenocarcinomas intramucosos (20/ 5 %), adenocarcinomas invasivos (7/ 1.7%) y otras (31/7.8 %)

Se determinó además la presencia de displasia de alto grado en los diferentes tipos de adenomas obteniendo un número de 35 (16.6%)

Con mayor prevalencia en los tubulo vellosos 18 (51.4 %), el tipo morfológico más frecuente fueron las lesiones planas 20 (57 %) y la ubicación anatómica fue el colon derecho 19 (54.2%)

Conclusión: Podemos concluir que en este grupo de pacientes predominó el sexo masculino, la lesión más frecuente fue la plana y el tipo histológico fue el adenoma tubular con ubicación en colon derecho.

En el colon izquierdo la lesión más frecuente fue la sésil y a predominio del recto.

La presencia de displasia de alto grado fue mayor en las lesiones planas, ubicadas en colon derecho y el tipo histológico fue el tubulo velloso.

El carcinoma intramucoso, a pesar de su bajo porcentaje, tuvo mayor predominio en colon izquierdo principalmente en recto y en el tipo morfológico de lesiones sésiles.

Creemos necesario un número mayor de pacientes con un estudio de diseño prospectivo que incluya otras variantes como el seguimiento a mediano y largo plazo y la utilidad del procedimiento como terapéutica definitiva en las lesiones con displasia de alto grado y carcinoma in situ.

descripción de los tipos morfológicos e histológicos de las lesiones.

| TIPO MORFOLOGIC | DERECHO | IZQUIERDO | TIPO HISTOLOGICO | DERECHO | IZQUIERDO |
|-----------------|---------------|---------------|-----------------------------------|--------------|--------------|
| PLANA | 135 53.5 % | 117 46.5 % | ADENOMA TUBULAR | 74 18.7 % | 46 11.6 % |
| | | | TUBULO VELLOSO | 60 15.2% | 34 8.6% |
| | | | VELLOSO | 1 0.25% | 6 1.5% |
| SESIL | 69 48.2 % | 74 51.8 % | HIPERPLASICO | 30 7.5 % | 39 9.9 % |
| | | | ADENOCARCINOMA INTRAMUCOSO | 8 2% | 12 3% |

| | | | | |
|---|----------|-----------|---------|------------------|
| ADENOCA. INTRAMUCOSO TIPO MORFOLOGICO | TOTAL | SESIL | PLANA | PLANA ELEVADA |
| | 20 | | | |
| DERECHO | 8 (40%) | 5 (25%) | 2 (10%) | 1 (5 %) |
| IZQUIERDO | 12 (60%) | 11 (55 %) | 1 (5%) | 0 |

| ADENOMAS DISPLASIA ALTO GRADO | DERECHO | IZQUIERDO | TIPO LESION | PLANA | SESIL |
|--|----------------|------------------|-----------------------------|--------------|--------------|
| TUBULAR | 6 (54.5 %) | 5 (45.5%) | CIEGO | 5 (25%) | 1 (6.6%) |
| TUBULO VELLOSO | 11 (61.1%) | 7 (38.9%) | ASCENDENTE | 8 (40%) | 1 (6.6%) |
| VELLOSO | 0 | 2 (100%) | ANGULO HEPATICO | 1 (5%) | 0 |
| ASERRADO | 2 (66.6 %) | 1 (33.4%) | TRANSVERSO | 1 (5%) | 1 (6.6%) |
| | | | ANGULO ESPLENICO | 1 (5%) | 0 |
| | | | SIGMA | 2 (10%) | 6 (40%) |
| | | | RECTO | 2 (10%) | 6 (40%) |

“COMPLICACIONES MENORES DE LA COLONOSCOPIA EN UN CENTRO DE ENTRENAMIENTO AVANZADO DE ENDOSCOPIA”

Yañez, F⁽¹⁾; Esteves, S⁽¹⁾; Condado, N⁽¹⁾; Velazquez, MJ⁽¹⁾; Chopita, N⁽¹⁾; Jmelnitsky, A⁽¹⁾; Tufare, F⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾
⁽¹⁾Unidad de Endoscopia Digestiva - Servicio de Gastroenterología - H.I.G.A Gral. San Martín (La Plata). Argentina.

Introducción

La colonoscopia es una exploración que se realiza cada vez con mayor frecuencia, debido a la alta incidencia de cáncer colorrectal y constituye el método diagnóstico-terapéutico más adecuado. Dicho procedimiento puede tener complicaciones mayores y menores, por tal motivo surge la idea de realizar dicho estudio.

Objetivos

Determinar:

En personas previamente asintomáticas, la incidencia de nuevos síntomas luego de la colonoscopia. Factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones menores. Opinión de los pacientes sobre molestias e implicancias en su vida diaria ocurridas por este estudio.

Pacientes y Métodos

Estudio prospectivo y descriptivo, realizado de octubre 2007 –julio 2008, se incluyeron 246 pacientes, previa exclusión de aquellos con dolor abdominal, hemorragia digestiva reciente (< 7 días) y Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Los pacientes fueron entrevistados antes del estudio y 7 días posteriores al mismo, fueron preparados con una solución isosmótica para limpieza intestinal diluida en 4 litros de agua. Las colonoscopias fueron realizadas por endoscopistas expertos y médicos residentes en entrenamiento. Se realizó neurolepto-analgesia con Midazolam y Fentanilo, para el análisis estadístico se utilizó Prueba de Chi 2 y Test de Diferencia de Proporciones.

Resultados

La colonoscopia fue completa en 219 pacientes (86 %); 226 endoscopias (93 %) fueron realizadas por médicos residentes en entrenamiento; 153 (63%) pacientes refirieron que la preparación intestinal fue lo más molesto del estudio. Se presentaron complicaciones menores en 123 (50%). **Complicaciones inmediatas:** náuseas 17 (13.8 %), vómitos 9 (7.3%), omalgia 3 (2.4%), dolor sitio de venopuntura 3 (2.4%) y cefalea 3 (2.4). **Complicaciones dentro de los 7 días posteriores:** dolor abdominal 56 (45.5%), distensión abdominal 29 (23.5%), sangrado leve 1 (0.8%) y otros 2 (1.6%). Todas las complicaciones fueron autolimitadas y no requirieron tratamiento adicional. **Análisis de variables:** de los 27 pacientes con estudio incompleto, 22 (81,4%) presentaron complicaciones (P= 0,001): sexo femenino 75 (55.9%); sexo masculino 48 (42,8%) (P = 0,05) 199 (82%) pacientes refirieron que necesitaron al menos 24 horas para reintegrarse a su actividad habitual.

Conclusión

Las complicaciones menores de la colonoscopia son frecuentes, la preparación intestinal previa es la molestia más representativa. Dolor y distensión abdominal fueron las complicaciones más frecuentes. La colonoscopia incompleta y el sexo femenino son factores estadísticamente significativos como predictores de complicación. La mayoría de los pacientes requiere al menos 24 horas para reintegrarse a su actividad diaria.

RÉDITO DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES JÓVENES CON DISFAGIA.

Pogorelsky, V⁽¹⁾; Matoso, MD⁽¹⁾; Block, S⁽¹⁾; Oria, MI⁽¹⁾; Carrión, MS⁽¹⁾; González, ML⁽¹⁾; Dávalos, J⁽¹⁾; Varela, E⁽¹⁾; De Paula, JA⁽¹⁾; Macías, C⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Italiano. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La disfagia es considerada un síntoma de alarma, requiriendo la realización de una endoscopia digestiva alta. Sin embargo, el costo de la endoscopia es elevado y el procedimiento no siempre es bien tolerado, especialmente en los pacientes jóvenes. Más aún, el rédito diagnóstico de la endoscopia digestiva alta en los pacientes jóvenes con disfagia no está bien establecido.

OBJETIVO: Evaluar el rédito diagnóstico de la endoscopia digestiva alta en pacientes con disfagia menores de 50 años.

SUJETOS Y MÉTODOS: Se efectuó una videoendoscopia digestiva alta a todos aquellos pacientes con disfagia que fueron derivados a nuestro centro para la realización de dicho estudio en un período de cuatro años. Evaluamos la prevalencia de los hallazgos endoscópicos en los pacientes \leq 50 años y en los pacientes $>$ 50 años. Se definió operativamente como hallazgos positivos aquellos que potencialmente podrían causar disfagia y tendrían un tratamiento específico: lesiones neoplásicas del esófago o de la unión gastroesofágica, estenosis, anillos o membranas esofágicas, divertículos esofágicos, esofagitis (esofagitis erosiva grado C o D, esofagitis eosinofílica, esofagitis infecciosa) y úlceras del esófago o de la unión gastroesofágica.

RESULTADOS: Fueron incluidos 500 pacientes con disfagia (219 hombres (44%), mediana de edad 67, rango 18 – 97). El grupo de pacientes \leq 50 años estaba constituido por 69 pacientes (40 hombres; 58%), mediana de edad 41. El grupo de pacientes $>$ 50 años estaba compuesto por 431 pacientes (182 hombres; 42%), mediana de edad 71. Se evidenció un predominio de sexo masculino en el grupo de pacientes \leq 50 años ($p= 0.018$). Se encontraron hallazgos positivos en 17/69 (25%) pacientes \leq 50 años y en 136/431 (32%) pacientes $>$ 50 años ($p = 0.31$). El cáncer de esófago se halló en 2/69 (3%) pacientes \leq 50 años y en 30/431 (7%) pacientes $>$ 50 años ($p = 0.29$). Otros hallazgos positivos en el grupo de los pacientes \leq 50 años fueron: esofagitis erosiva grado C o D (8 pacientes), estenosis (3 pacientes), esofagitis candidiásica (2 pacientes), anillos esofágicos (1 paciente) y úlcera esofágica (1 paciente).

CONCLUSIÓN: En este estudio, un cuarto de los pacientes jóvenes con disfagia tenían una lesión hallada en la endoscopia que era pasible de tratamiento específico. Por lo tanto, estos resultados reafirman la necesidad de realizar una endoscopia digestiva alta en los pacientes jóvenes con disfagia.

CARACTERISTICAS CLINICAS Y MORFOLOGICAS DE POLIPOS COLO-RECTALES CON DISPLASIA DE ALTO GRADO

Higa, R⁽¹⁾; Román, HO⁽¹⁾; Sabas, M⁽²⁾; Pomar, M⁽²⁾; Fanjul, V⁽²⁾; Lozzi, RD⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Gastroenterología. Clínica Colón. Mar del Plata. ⁽²⁾Servicio de anatomía patológica. Clínica Colón. Mar del Plata.

INTRODUCCION:

El adenocarcinoma de colon y recto es una de las primeras causas de muerte por cáncer en occidente. Está bien establecida la secuencia adenoma-displasia de alto grado (DAG) y cáncer por lo cual se han diseñado programas de vigilancia endoscópica logrando mantener la mucosa "libre de adenomas", para reducir la mortalidad por ésta patología prevalente. Actualmente desconocemos la incidencia y las características clínicas de los pacientes y morfológicas de los adenomas colo-rectales con DAG.

OBJETIVO:

Determinar la incidencia de adenomas colo-rectales con DAG, sus características topográficas y morfológicas, en pacientes de Nuestro Servicio durante un período de 41 meses.

MATERIAL Y METODOS:

Se incluyeron consecutivamente todos los pacientes a los cuales se le resecó un adenoma con DAG desde enero de 2006 hasta mayo de 2009. Sobre un total de 3802 exámenes colonoscópicos, se realizaron 842 polipectomías, de los cuales 113 (13%) , presentaron DAG. Se evaluó: edad, sexo, localización, tipo histológico y tamaño. Todos los pacientes están en seguimiento, y se les realizó o realizará una colonoscopia en el primer año del diagnóstico.

RESULTADOS:

Fueron evaluados 113 pólipos con DAG en 110 pacientes. La edad promedio fue de 60.8+12.3 años, 66% fueron de sexo masculino. No hubo diferencias significativas en la edad entre ambos sexos p:057. El tamaño promedio de los pólipos fue de 15.6+9.6 milímetros. Se observó una correlación entre el tamaño del pólipo y tipo histológico: mayor tamaño en los adenomas vellosos o pólipos con adenocarcinoma intramucoso y cáncer invasor (Kruskal-Wallis 25.1, p:<0.001). La localización más frecuente fue rectosigmoidea en el 72.6 %, el 16% de los pólipos se encontraron en colon proximal (ciego y ascendente). Se constata un aumento progresivo en la incidencia desde el inicio hasta el final del período de relevamiento.

CONCLUSIONES:

La presencia de componente vellosos o adenocarcinoma se correlacionó con el tamaño. Registramos un aumento en la incidencia en la detección de DAG en pólipos colo-rectales en nuestro medio. No identificando una causa que justifique este hallazgo, por lo que iniciamos una evaluación prospectiva para evaluar e identificar más variables asociadas que puedan explicar esta observación.

Tabla 1. Incidencia anual de pólipos con DAG

| 2006 | 2007 | 2008 | 2009 (enero/mayo) | AÑO |
|------|------|------|-------------------|---------------|
| 1044 | 1130 | 1137 | 491 | COLONOSCOPIAS |
| 192 | 203 | 267 | 180 | POLIPECTOMIAS |
| 17 | 26 | 48 | 22 | DAG |

EXAMEN COLONOSCOPICO INCOMPLETO. TASA DE INCIDENCIA Y SUS CAUSAS DE EN UN CENTRO AMBULATORIO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Caro, L⁽¹⁾; Bancharo, I⁽¹⁾; Rodríguez, PC⁽¹⁾; Martínez Prieto, MR⁽¹⁾; Parietti, A⁽¹⁾; Cerisoli, C⁽¹⁾

⁽¹⁾Gedyt. Argentina.

Introducción: Un indicador crítico de calidad en un centro de endoscopia es el índice de llegada a ciego en el examen colonoscópico. El estudio e identificación de las distintas variables atribuidas a la no visualización completa del colon, permite introducir los cambios necesarios en los procesos involucrados para su consecuente mejora.

Objetivo: Conocer la incidencia y analizar las causas de examen colonoscópico incompleto para establecer procedimientos de mejora en la prestación colonoscópica.

Material y Método: Se analizaron retrospectivamente todos los informes realizados entre el 1 de julio de 2006 y el 30 de junio de 2009 en una de las sedes (Gedyt Beruti) de un Centro Ambulatorio de Endoscopia Digestiva. En ese periodo se realizaron 15321 colonoscopias con anestesia general. Se observaron en total 651 procedimientos en los que no se alcanzó el ciego. Se analizaron y se agruparon los motivos en seis causas: a) preparación subóptima, b) ángulo fijo, c) cólico colon, d) loop, e) cáncer infranqueable y f) otras causas (equipamiento inadecuado, asistentes poco habituados a la práctica, médicos y/o asistentes en endoscopia en etapa de aprendizaje, tiempo disponible para el estudio).

Resultados: Los datos fueron examinados con tabla de excel y porcentual. Se obtuvieron 651 no llegadas a ciego con las siguientes causas:

A) Preparación subóptima: 206 (31,64%)

B) Ángulo Fijo: 275 (42,24%)

C) Cólico colon: 80 (12,28%)

D) Loop: 59 (9,06%)

E) Cáncer infranqueable: 18 (3,76%)

F) Otras causas indeterminadas: 13 (1,99%)

Total general de llegadas a ciego: $15321/651 = 95,76\%$.

Conclusiones: 1) El indicador obtenido de 95,76% de llegadas se incluye dentro de los estándares internacionales de los principales centros de la especialidad.

2) La identificación y valoración porcentual de las causas de examen colonoscópico incompleto permiten establecer mejoras en los procesos involucrados para reducir significativamente su incidencia.

ESOFAGO DE BARRETT. CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS EN 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Massa, S⁽¹⁾; Konopka, F⁽¹⁾; Esmendi, P⁽¹⁾; Palavicini, A⁽¹⁾; Vaccarezza, M⁽¹⁾; Campolongo, M⁽¹⁾; Gonzalez Boix, J⁽¹⁾; Currás, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicios de Gastroenterología, Cirugía y Anatomía Patológica. Policlínico Bancario. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION

El esófago de Barrett (EB) es definido clásicamente como el reemplazo del epitelio pavimentoso por epitelio especializado con metaplasia enterógena del esófago distal. Esta patología cobra especial relevancia por su carácter preneoplásico, ya que aumenta el riesgo de adenocarcinoma de 20 a 120 veces con una tasa de conversión del 0,5 a 1% por año. Con respecto a su presentación clínica cabe mencionar que un porcentaje que varía entre un 25 y 50% de los casos de EB cursan en forma asintomática, por lo que un número importante de pacientes con esta entidad pasan inadvertidos, como lo revelan los estudios realizados en necropsias .

Hay discrepancias respecto a los diferentes programas de vigilancia , sobre todo en función de la costo-efectividad y expectativa de vida.

El presente trabajo tiene como objetivo describir las características epidemiológicas, endoscópicas y anatomopatológicas, de una población de pacientes estudiados en nuestra institución, en busca de un enfoque racional de seguimiento y tratamiento.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron la totalidad de las endoscopías altas realizadas entre el 1 de enero del año 2002 y el 31 de diciembre del año 2007, en donde sobre 7970 procedimientos efectuados se detectaron 199 casos confirmados histológicamente de EB. Para el diagnóstico anatomopatológico se utilizó la técnica de tinción de hematoxilina-eosina , como así también técnicas de inmunohistoquímica con determinación de mib-1 y P53.

RESULTADOS

- 1- Los esófagos de Barrett representaron el 2,49% de los diagnósticos de todas las endoscopías altas realizadas en el lapso mencionado.
- 2- Distribución por edad: rango 26 a 88 años con una edad media de 57 años
- 3- Distribución por sexo: ligero predominio en hombres , relación 1,2:1 (110 hombres y 89 mujeres)
- 4- De acuerdo a la longitud del EB se detectaron: 143 casos de segmento corto (71,8%) y 56 casos de segmento largo (28,1%), 25 de los cuales con características de circunferencial continuo.
- 5- Displasia : 6,53% (11 displasias de bajo grado, 1 displasia indeterminada, 1 displasia de alto grado).
- 6- Adenocarcinoma :2,5% (5 casos).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos coinciden con los reportados por las diferentes series publicadas.

Resaltamos la importancia de la vigilancia endoscópica en los pacientes con esófago de Barrett considerados de alto riesgo como son los de segmento largo y aquellos que presentan displasia

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

Torres, A⁽¹⁾; Viñuela, C⁽¹⁾; Alcaraz, P⁽¹⁾; Adi, J⁽¹⁾; Roman, R⁽¹⁾; Salomone, S⁽¹⁾; Milutin, C⁽¹⁾; Vater, V⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Lagomaggiore. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La Hemorragia Digestiva Alta constituye un motivo frecuente de consulta y de hospitalización a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos en la práctica médica de nuestro medio. No obstante los índices de mortalidad no han registrado variaciones significativas. **OBJETIVO:** Analizar manifestaciones clínicas, etiología, tratamiento, resultados clínicos obtenidos y la morbimortalidad en pacientes con HDA internados en nuestro hospital. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo, protocolizado y observacional desde marzo de 2002 a diciembre de 2008. Método estadístico: medidas de tendencia central, medidas de dispersión, χ^2 y test de student. **RESULTADOS:** Se incluyeron 572 pacientes con HDA, con una edad promedio de 56,42 años (DS \pm 11,9); el 65,8% fueron hombres. La permanencia promedio fue de 4,42 días (DS \pm 2,4). Hematemesis y melena (46,3%) fue la manifestación más frecuente, seguido por melena (26,7%) y hematemesis (22,7%). El 27,2% de los pacientes tenía antecedentes de una HDA previa, el 28,1% consumo de AINES, el 28,9% alcohol y el 6,3% ambas sustancias. El 33,4% ingreso con descompensación hemodinámica. Se realizó VEDA a 561 pac. (98,1%), 413 (73,6%) presentaban sangrado no varicial y 148 (26,4%) varicial. Las lesiones no variciales más frecuentes fueron: úlcera gástrica (32,8%) úlcera duodenal (16,2%). Las úlc. gástricas fueron en su mayoría Forrest 3 (37,4%) y F2a (28,5%). Las úlc. duodenales fueron F3 (36,8%) y F2a (27,6%). Las varices esofágicas fueron GII en el 78,4% y GIII 21,6% hallándose varices gástricas en el 3,7% de los casos. Se le realizó tratamiento endoscópico al 37,6% de las lesiones no variciales, siendo la terapéutica más usada, la inyección de Adrenalina 1/10000, en el 69,7% seguido por la inyección de AET 2% + Adr. (21,3%). A las lesiones variciales se les realizó terapéutica endoscópica al 71,6% siendo la esclerosis el tratamiento más utilizado (40,5%) seguido de la colocación de bandas elásticas (32,4%); y farmacológico al 66,1%; el más utilizado terlipresina (60,1%). Al 99,3% y al 89,2% de estos pac se les colocó SNG y Antibiótico terapia profiláctica respectivamente. El 72,7% de los pac. de la muestra recibió IBP. Del total de pacientes 20 (3,5%) resangraron y solo 4 (0,7%) requirieron cirugía. Se les indico transfusión al 49,1%. La mortalidad fue del 5,8%; atribuyéndose a la hemorragia el 60,6%. La descompensación hemodinámica (63,3vs.31,4%), el fallo renal (37,4vs.32,68%), la encefalopatía (31,57vs.7,31), el desarrollo de infecciones (31,57vs.4,27), el resangrado (9,09vs.2,78) y la realización de endoscopia (75,76vs.98,07%) fueron factores determinantes en los pac. fallecidos ($p < 0,05$). **CONCLUSIÓN:** La HDA en nuestro medio es frecuente siendo las etiologías más prevalentes la úlcera gástrica, las varices esofágicas y la úlcera duodenal. Con una mortalidad similar a la reportada por la literatura asociándose esta a factores como el shock hipovolémico, las infecciones y el resangrado entre otros.

STENTS ESOFAGICOS AUTOEXPANDIBLES: EXPERIENCIA INICIAL DEL HOSPITAL REGIONAL COMODORO RIVADAVIA – CHUBUT

Ferreyra, ND⁽¹⁾; Mármol, LA

⁽¹⁾Hospital Regional Dr. Víctor Manuel Sanguinetti. Comodoro Rivadavia. Chubut. Argentina

INTRODUCCIÓN: La inserción endoscópica de stents esofágicos autoexpandibles metálicos (SAEM) recubiertos es comúnmente usada para la paliación de la disfagia secundaria a carcinoma esofágicos avanzados y fistulas esófago respiratorias. El objetivo del estudio es valorar los resultados de la implantación de prótesis autoexpandibles metálicas recubiertas en un hospital de la Patagonia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre abril de 2005 y septiembre de 2008 se colocaron 20 SAEM recubiertos en 18 pacientes (16 Ultraflex Boston Scientific y 4 Plastimed), de los cuales correspondieron 10 sexo femenino y 8 masculino. La media de edad: 60 años (Rango: 82 – 38).

RESULTADOS: A los 18 pacientes se le implantó inicialmente 1 stent, en 2 pacientes se colocó 1 stent adicional por fístula esófago-respiratoria. En cuanto a la etiología 14(70%) por ca esófago avanzado, 4(20%) fístulas esófago respiratorias, 1(5%) por ca gástrico con invasión esofágica y 1(5%) por perforación esofágica por dilatación endoscópica. La localización de posicionamiento de los stents fueron 4 (20%) proximal, 9 (45 %) medio y 7(35%) distal. Se realizó dilatación previa en 4 (20%) pacientes que presentaban estenosis malignas. Luego de la implantación la mejoría sintomática fue inmediata. Complicaciones tempranas 2(10%) dolor retroesternal y tardías 2(10%) fístula y migración respectivamente. La vida media de implantación 206 días (rango 0 – 870). Hasta la fecha, 16 pacientes han fallecido por la evolución de su enfermedad, mientras que 2 de ellos aún permanecen vivos con sus prótesis permeables.

CONCLUSIONES: Los SAEM esofágicos han demostrado ser un tratamiento paliativo seguro, rápido y eficaz en estenosis malignas, benignas y fistulas esófago respiratorias. En nuestra experiencia incluimos como tratamiento alternativo a la perforación esofágica como complicación de procedimiento terapéutico endoscópico.

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA TERAPEUTICA ENDOSCOPICA EN LOS TRASTORNOS MOTORES ESOFAGICOS (TME)

Moliner, C⁽¹⁾; Butteri, P⁽¹⁾; Girotti, C⁽¹⁾; Guzmán, M⁽¹⁾; Calzona, MC

⁽¹⁾HIGA Prof Dr Rodolfo Rossi. Argentina.

Introducción: Los TME se subdividen en 1º y 2º. Los síntomas más frecuentes son la disfagia paradójal de larga evolución y el dolor torácico. La manometría esofágica (ME) es el estudio de elección y permite realizar el diagnóstico diferencial entre los mismos. A pesar de la amplia variedad de tratamientos ninguno de ellos es capaz de restaurar definitivamente la función motora pero sí lograr alivio sintomático. **Objetivo:** Evaluar los resultados clínicos y manométricos de la terapéutica endoscópica en los TME en 20 pacientes que consultaron al Servicio de Gastroenterología de nuestro hospital. **Material y método :**Se trata de un estudio prospectivo observacional. Se estudiaron 22 ptes con TME realizándose su diagnóstico manométrico y posterior tratamiento endoscópico; excepto 2 casos de acalasia grado IV que requirieron tratamiento quirúrgico de inicio. Se evaluaron clínicamente a la semana post-tratamiento, y al mes clínica y manométricamente. La ME se realizó con sistema neumohidráulico tipo Andorfer y técnica de retiro lento. **Resultados:** De los 20 ptes. estudiados, 15 hombres y 5 mujeres (3:1) con edad promedio de 59 años (R: 22 a 86 años). Se diagnosticaron manométricamente 14 casos de acalasia, 2 nutcracker y 4 esfínter esofágico inferior (EEI) hipertensivo. La disfagia paradójal ocurrió en 15/20 ptes. con un tiempo x de evolución de 5,8 años. La pérdida de peso x fué del 8%.De los 19 estudios radiológicos : 13 con acalasia, presentaban: grado I: 8 ptes, grado II:2, grado III:2 y grado IV:1 pte. En la VEDA: se observó 4 ptes con megaesófago , 5 con resalto y el resto normal. La ME post-tratamiento encontró una disminución del 50% de la presión del EEI en 9/20 ptes. y ninguno recuperó la peristalsis. 11/14 ptes con acalasia presentaron buena respuesta clínica, 1 respuesta parcial y 2 se perdieron; 4/4 EEI hipertensivo tuvieron buena respuesta clínica y 2/2 nutcracker la mejoría fué parcial. Las dilataciones requeridas fueron 1 sesión en 8 ptes y más de 2 sesiones en 9 ptes La inyección con toxina botulínica en 2 ptes fue exitosa. Complicaciones: perforación en 1 sólo caso .**Conclusión:** El tratamiento endoscópico de los TME es una opción a tener en cuenta en cada caso individual con buena respuesta predominantemente clínica que manométrica.

INDICACIÓN APROPIADA DE LA VIDEOCOLONOSCOPIA Y SU RELACIÓN CON LOS HALLAZGOS POSITIVOS

Barcia, T⁽¹⁾; Pignataro, SB⁽¹⁾; Cea, M⁽¹⁾; Martinez Bottani, MC⁽¹⁾; Rubio, HW⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro de Estudios de Enfermedades Digestivas (CEED). Argentina.

INTRODUCCION: La Videocolonoscopía (VCC) es un procedimiento costoso y no está exento de riesgos ni de complicaciones. Para su uso racional y para disminuir sus costos, se han publicado diferentes guías para su indicación y uso apropiado, como las Guías de la Sociedad Americana de Endoscopía Digestiva (ASGE).

OBJETIVOS: Describir la distribución de frecuencia de VCC diagnósticas que tuvieron una indicación apropiada adhiriendo a las guías ASGE en pacientes ambulatorios atendidos en un Centro de Estudios Digestivo Privado.

Evaluar la probabilidad de encontrar hallazgos endoscópicos relevantes en el grupo de pacientes con indicación apropiada y compararlos con los hallazgos en pacientes que han tenido una indicación inapropiada.

Comparar la frecuencia de indicación adecuada de VCC según la especialidad del médico solicitante

MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron consecutivamente los datos de 466 VCC diagnósticas de pacientes ambulatorios derivados a nuestro Centro, entre enero del 2006 hasta diciembre del 2008. Se registró la edad, sexo, motivo de derivación, diagnóstico endoscópico y la especialidad del médico derivante. Se clasificó a las indicaciones en apropiadas, inapropiadas y dudosas según guías ASGE. Para el análisis estadístico se utilizó test de X^2 y regresión logística múltiple y un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS: Se analizaron la VCC de 306 mujeres (65,67%) y 160 hombres (34,23%), con una edad promedio de $63,46 \pm 13$ años (Rango: 23-91). Las especialidades de los médicos derivantes fueron: gastroenterología 260 pacientes (55,79%), clínica médica 156 (33,48%), cirugía 35 (7,51%), oncología 14 (3%) y reumatología 1 (0,21%).

Las indicaciones más frecuentes fueron: sangrado digestivo bajo 126 (27,04%), antecedente de polipectomía 68 (14,59%), screening 65 (13,95%), cambio ritmo evacuatorio 59 (12,66%), cáncer de colon operado 40 (8,58%), anemia 32 (6,87%), y otros en 76 (16,31%). Fueron clasificadas como indicaciones apropiada en 370 casos (79,40%), inapropiada 10 (2,15%) y dudosas 86 (18,45%). Se observaron hallazgos relevantes en 172 pacientes (36,09%). La relación entre hallazgos relevante en la VCC con la indicación adecuada se evaluó utilizando regresión logística. Las indicaciones adecuadas presentaron un OR crudo de 1,65 (IC95%:1,01-2,69). Se ajustó el OR por sexo de los pacientes y por la especialidad del médico solicitante y la estimación no se modificó significativamente. Se ajustó un modelo utilizando la edad y la indicación apropiada.

CONCLUSIONES: Se observó un alto porcentaje de indicación apropiada de VCC acorde a las guías ASGE, independientemente de la especialidad del médico solicitante. Un 36,91% de los estudios encontraron hallazgos relevantes y la edad promedio de este grupo fue significativamente superior. Se observó un porcentaje mayor de hallazgos relevantes en los que tenían indicación apropiada que fue estadísticamente significativo al ajustar por edad en el análisis multivariado.

TUMOR CARCINOIDE DE AMPOLLA DE VATER EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1.

Villaverde, A⁽¹⁾; Capon Filas, S⁽¹⁾; Arguto, J⁽¹⁾; Cirilo, E⁽¹⁾; Escallier, C⁽¹⁾; Criollo, FM⁽¹⁾; Sturla, M⁽¹⁾; García, R⁽¹⁾; Falcoff, N⁽¹⁾

⁽¹⁾San Juan de Dios. Ramos Mejía. Argentina.

INTRODUCCION: La Neurofibromatosis tipo 1 o Enf. de Von Recklinghausen es una enfermedad hereditaria, autosómica dominante caracterizada por múltiples neurofibromas cutaneos, manchas café con leche y pecas inguinales y/o axilares. El compromiso G.E. se ve en un 10 a 25% de los pacientes con NF1 y causa síntomas en menos del 5%. Las manifestaciones GI ocurren en 3 formas: 1) Neurofibromas. 2) Tumores estromales. 3) Tumores carcinoides en duodeno o ampolla de Vater.

OBJETIVOS: Comunicar el caso de un paciente portador de NF1 y de un tumor carcinoides de la ampolla de Vater.

PACIENTE Y METODOS: Un varón de 36 años consultó por ictericia y prurito. Lab. de colestasis, Eco: VBI y VBE dilatadas. TAC de abdomen, vías biliares dilatadas e imagen ocupante de espacio a nivel de ampolla de Vater. Wirsung dilatado. CPER: Tumoración de 2.5 cm a nivel de la papila. Se canula vía biliar de 1.3 cm de diámetro, deshabitada. Se realiza papilotomía y biopsias.

La A.P. mostró signos de tumor carcinoides típico, demostrado con marcadores neuroendócrinos cromogranina y sinaptofisina, sin mitosis (Ki 67 negativo). El paciente será sometido próximamente a operación de Whipple.

CONCLUSION: se presenta el caso de una patología de baja incidencia (menos de 100 casos en la literatura mundial). Debe tenerse en cuenta el tumor carcinoides de ampolla de Vater en los pacientes con NF1. Presentación clínica más frecuente: ictericia, hemorragia digestiva o masa tumoral en ampolla.

SINDROME DE PEUTZ-JEGHERS. TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE HAMARTOMA CECAL

Imhof, H⁽¹⁾; Mazza, V⁽¹⁾; Trotta, L⁽¹⁾; Wagener, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia. Sector de Endoscopía Digestiva y Gastroenterología. Argentina.

Introducción: El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es un desorden autosómico dominante, caracterizado por la presencia de pólipos hamartomatosos intestinales y pigmentaciones mucocutáneas características. Es un síndrome raro y se halla asociado a un alto riesgo de malignidad gastrointestinal y no gastrointestinal. Fue reconocido por primera vez en 1921 por Peutz en una familia holandesa, siendo la publicación de Jeghers 28 años después.

Objetivo: Exponer el caso de tumor hamartomatoso gigante de ciego en un paciente con Síndrome de Peutz Jeghers atendido en nuestro servicio.

Reporte de caso: Paciente de sexo femenino de 14 años de edad con diagnóstico de Peutz-Jeghers cuyo motivo de consulta fue un cuadro de dolor abdominal, vómitos y hematoquezia. Apendicectomizada hace 2 meses con historia de dolor abdominal continuo. Exámenes complementarios: Laboratorio con anemia, Endoscopía digestiva alta que revela pólipos en antro gástrico de 4 mm aprox. (pólipos hamartomatosos por histopatología). Endoscopía digestiva baja que demuestra a nivel de ciego gran lesión polipoidea vegetante, mamelonada de aprox. 5 cm de diám., friable y sangrante al tacto. Se reseca completamente en fragmentos con asa de polipectomía y se completa con mucosectomía de la base. Su estudio anatomopatológico informa hamartoma cecal.

Conclusión: El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una enfermedad rara en nuestro medio hospitalario que representa un desafío clínico y endoscópico. La mucosectomía endoscópica en esta paciente fue una técnica segura y eficaz que permitió la extracción de la lesión hamartomatosa, remitiendo así su cuadro clínico de dolor y hematoquezia. Actualmente, se halla en seguimiento y dentro de un programa de vigilancia.

¿CUANDO ES VIABLE PENSAR EN UNA ESOFAGITIS SEUDOPOLIPOIDEA?

Campitelli, E⁽¹⁾; Paszkiewicz, A⁽¹⁾; Ibarra, D⁽¹⁾; Zanotti, B⁽¹⁾; Peré, F⁽¹⁾; Racca, ML⁽¹⁾; Ronchetti, R⁽¹⁾; Lago, N⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Aeronáutico Central Buenos Aires Argentina

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una patología de alta prevalencia, al igual que los signos endoscópicos y anatomopatológicos de inflamación.

La formación de lesiones elevadas, pseudopolipoideas en el tercio inferior del esófago, con mayor predilección por el cambio mucoso, son una rareza.

Dada la necesidad de realizar el diagnóstico diferencial con pólipos y tumores polipoides y el comportamiento no agresivo de esta entidad, compartimos algunos hallazgos que acercan a éste diagnóstico, permitiéndonos una conducta expectante y poco agresiva, basada en la corrección del reflujo gastroesofágico y el control endoscópico periódico que puede objetivar la regresión y hasta la desaparición de ésta entidad.

Objetivo: Proveer instrumentos diagnósticos para una correcta detección e interpretación de las lesiones pseudopolipoideas vinculables al RGE que tienen un comportamiento benigno pese a su aspecto.

Pacientes y Método:

L.O.: mujer de 73 años consulta por disfagia y RGE. Endoscopia: signos de esofagitis y lesión elevada de aspecto polipoide, de 10 a 15 mm, que presentaba en su base un aro de mucosa de aspecto columnar, desde donde se elevaba mucosa de aspecto metaplásico. Se realizaron biopsias que fueron informadas como esofagitis pseudopolipoidea. Se realizó tratamiento intensivo para reflujo, con mejora del cuadro clínico y endoscopías con disminución del tamaño de la lesión (5mm) y sin cambios en la A.P. Paciente viva y asintomática actualmente.

I.J.: mujer de 73 años que consulta por sintomatología tipo RGE. Endoscopia: Signos de esofagitis y una lesión de aspecto polipoide en area de cambio mucoso sobre epitelio de aspecto esofágico, desde donde crecía mucosa de aspecto metaplásico. Las biopsias fueron informadas como esofagitis pseudopolipoidea. Tratamiento para RGE, endoscopías y biopsias de control, con retroceso de la lesión e igual diagnóstico anatomopatológico. Paciente viva y asintomático actualmente.

Resultados: La literatura nos muestra una escasa publicación de casos como los que presentamos, de todas formas si sistematizamos algunos aspectos diagnósticos, podremos estar en condiciones de incluirlo en nuestros diagnósticos diferenciales. Los pólipos y tumores polipoides no presentan en general, éstas características a compartir.

Lesiones polipoides, con una base de aspecto escamoso, desde donde irrumpe epitelio de aspecto metaplásico, en el contexto de un paciente con RGE, frecuentemente sin tratamiento, con un trabajo en equipo con Anatomía Patológica, nos permiten un diagnóstico preciso y evita la polipectomía, en ésta entidad, innecesaria y frecuentemente sangrante por la intensa vascularización de la lesión en cuestión.

Conclusiones: La esofagitis pseudopolipoide es una entidad infrecuente, que se presenta como intento de reparación epitelial, que en sí no presenta un potencial maligno y debe tener un tratamiento no agresivo y expectante.

INFRECUENTE IMAGEN ENDOSCOPICA DE DUODENO

Rodríguez, PC⁽¹⁾; Sanchez, C⁽¹⁾; Bolino, MC⁽¹⁾; Caro, L⁽¹⁾; Cerisoli, C⁽¹⁾; Miserendino, D⁽²⁾; Elsner, B⁽²⁾; Ferro, H⁽³⁾; Vijnovich, A⁽⁴⁾

⁽¹⁾Gedyt ⁽²⁾Centro de Patología Dr. Elsner ⁽³⁾Servicio de Hematología - Swiss Medica Group ⁽⁴⁾Centro de citología y patología - CEPACIT. Argentina.

Paciente de sexo femenino, de 53 años de edad. Motivo de consulta anemia severa (Ht: 20%). Junio de 2008 se transfunde, y se realiza PMO.

En la misma se observo infiltración por linfoma difuso de grandes celulas B , DC20+.

Laboratorio: presencia de un aumento monoclonal de IgM. Los estudios por imágenes TAC y Pet no demostraron linfadenopatias ni focos de hipercaptacion patológicos.

VCC (junio 2008): hasta ciego sin lesiones.

VEDA (junio 2008): Duodeno (excelentes imágenes): segunda porción de coloración amarronada, llamativamente distinta a lo que se suele ver en forma habitual en ese sector. La cima de los pliegues conserva la coloración pálida clásica. Este hallazgo confiere sorpresivamente un patrón que no puede correlacionarse específicamente con ninguna patología, aunque tratándose de una paciente con anemia ferropénica, se toman biopsias para descartar en primer lugar enfermedad celíaca o parasitosis y en segundo término, algún trastorno primario del intestino. AP: Leve distorsión de las vellosidades y depósitos eosinófilos acelulares PAS (+) presentes en aislados canales linfáticos de la punta de las vellosidades mucosas, los cuales se extienden comprometiendo también la lámina propia. No hay incremento de LIES. Técnica de rojo congo para demostración de amiloide fue (-). Los depósitos descritos pueden corresponder a inmunoglobulinas vinculables a un proceso linfoproliferativo extraintestinal en especial macroglobulinemia.

Diagnostico: probable linfoma linfoplasmocítico/enfermedad de Waldeström (pico monoclonal + infiltrados intestinales de material proteinaceo) con transformación a linfoma de celulas grandes en medula osea.

En julio 2008 inicia tratamiento quimioterapico con rituximab –chop, profilaxis intratecal con dexa y metrotexaterequiere sostén transfusional , con filgrastim y epo.

En sept 2008 recibe el 3° ciclo. PMO: se observa importante disminucion de la infiltración medular, se le indican tres ciclos mas.

Recibe el 6to ciclo en nov 2008.

VEDA (enero 2009):(excelentes imágenes): sin hallazgos patológicos. Notable mejoría de la imagen duodenal descrita en VEDA anterior. AP: sin hallazgos patológicos.

Enero 2009: Hto 35%

IgM 238 (normal)

PMO : sin infiltración por linfoma.

Se concluye que la paciente está en remisión completa

STRONGILOIDIASIS (SS) DUODENAL Y SINDROME DE LOEFFLER EN HUESPED INMUNOCOMPETENTE

Pagliere, NA^(1, 2); Bosolino, A^(1, 2); Ratto, R^(1, 3); Santilli, JP^(1, 3); Marzano, C^(1, 2)

⁽¹⁾Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez. BsAs ⁽²⁾Unidad de Gastroenterología ⁽³⁾Unidad de Anatomía Patológica. Argentina.

INTRODUCCION: El Strongiloides stercoralis es un parásito (nematodo) del intestino proximal, ampliamente diseminado en áreas tropicales y subtropicales, endémico en África, India, Sudeste Asiático, Pakistán y Sudamérica. Las formas clínicas son: aguda, crónica e hiper infección que es más frecuente en inmuno deprimidos; pero generalmente es asintomática. Este nematodo también se ha encontrado causando infección en perros, gatos, otros primates.

OBJETIVO: Presentar un caso de Ss, manifestado con diarrea y Síndrome de Loeffler en una maestra inmunocompetente habitante en área urbana, enfatizando en el diagnóstico clínico e histológico.

CASO CLINICO: Mujer, 42 años, tabaquista, enterocolitis reciente en ciudad balnearia, seguida de broncoespasmos tratada con azitromicina. Consulta por fiebre y dolor epigástrico de 15 días de evolución y se interna el 3-2-09. Examen Físico: Dolor epigástrico leve, sibilancias a predominio basal izquierdo. Sin lesiones en piel. Laboratorio de ingreso: GB 31000, Hcto 40, neutrófilos 12%, linfocitos 11%, eosinófilos 72%, Alb 2.9, resto sin particularidades.

Estudios complementarios: Coprocultivo y coproparasitológico seriado, directo de MF y PPD negativos, Rx de tórax y abdomen sin particularidades, serologías para HIV, Toxoplasma, VDRL negativas, HCx2 y urocultivo negativos, Ecografía abdominal con microlitiasis vesicular, TAC de Abdomen sin particularidades.

VEDA: Antro: maculas blanquecino-amarillentas dispersas (Bio), Bulbo: Mucosa congestiva edematosa (Bio) resto sin lesiones. La histopatología confirma duodenitis crónica e infección por strongiloides stercoralis con huevos y larvas en criptas glandulares dilatadas. Evoluciona asintomática con tratamiento médico (Ivermectina) y mejoría de hemograma posterior.

DISCUSIÓN: La Ss es una parasitosis de diagnóstico difícil, prevalente en zonas subtropicales y tropicales, suele ser asintomática; la clínica, y la endoscopia son muy variables; en este caso los síntomas digestivos y respiratorios con eosinofilia asociados al antecedente previo hicieron sospechar el diagnóstico.

CONCLUSIONES:

1) La Ss es una entidad poco frecuente en nuestro medio (área no tropical).

2) La expresión clínica es muy variable, aunque en inmunocomprometidos se ve hiperinfección. 3) La paciente presentó una infección subaguda-crónica con síndrome de Loeffler e hipereosinofilia. 4) El diagnóstico diferencial debe incluir otras parasitosis, gastroenteritis eosinofílica, síndromes mieloproliferativos

RETRONEUMOPERITONEO: COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA COLONOSCOPIA

Castelluccio, MS⁽¹⁾; Lubrano, P⁽¹⁾; Quiroga, J⁽¹⁾; Topor, J⁽¹⁾; Peters, R⁽¹⁾; Gonzalez del Solar, C⁽¹⁾

⁽¹⁾Sanatorio Mater Dei. Argentina.

Introducción: La colonoscopia es el método de elección en la pesquisa y control de los pólipos y del cáncer de colon. Sin embargo, no es un procedimiento exento de complicaciones. La perforación intestinal es una de ellas.

Objetivo: Presentar un caso de retroneumoperitoneo como complicación de una polipectomía endoscópica.

Paciente y métodos: Paciente de sexo femenino, de 67 años de edad, con antecedentes de hemicolectomía izquierda y esplenectomía hace 7 años por cáncer de colon. Se realiza videocolonoscopia para control. Se logra explorar hasta el ciego, detectándose un pólipo sésil de aproximadamente 1.2 cm (adenoma serrado) en el ángulo hepático del colon. Se eleva con inyección de solución fisiológica y se extrae con ansa de polipectomía en fragmentos. A las 8 hs del procedimiento, comienza con dolor abdominal difuso y un registro febril aislado. El abdomen se presentaba doloroso a la palpación profunda en forma generalizada, sin signos de reacción peritoneal. En el laboratorio se destacaba marcada leucocitosis (23.300/mm³).

La radiografía directa de abdomen y la TAC, evidenciaban la presencia de aire en retroperitoneo.

Resultados: La paciente es internada, permaneciendo en tratamiento con antibióticos e hidratación por vía endovenosa y ayuno. Evoluciona favorablemente, externándose a los 6 días, asintomática y con TAC de abdomen normal.

Conclusiones: La perforación intestinal hacia retroperitoneo es una complicación muy infrecuente de la colonoscopia. Los mecanismos propuestos son: 1) Perforación directa hacia retroperitoneo (perforación completa) y 2) Disección del aire a través de la pared del colon, provocando una neumatosis intestinal y subsiguiente pasaje de aire por el mesenterio hacia el retroperitoneo (perforación incompleta).

En los pacientes clínicamente estables, sin evidencias de irritación peritoneal, la conducta puede ser conservadora, con reposo digestivo, hidratación parenteral y antibioticoterapia endovenosa. Esta fue la conducta que se siguió con esta paciente con resultados satisfactorios.

TBC INTESTINAL COMO CAUSA INFRECIENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.

Promenzio, EM⁽¹⁾; Matano, RF⁽¹⁾; De Maria, JC⁽¹⁾; Guidi, M⁽¹⁾; Vogel, JC⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Gastroenterología Hospital El Cruce ⁽²⁾Servicio de Anatomía Patológica Hospital El Cruce. Argentina.

INTRODUCCION : La TBC es una patología que en los últimos años ha experimentado un resurgimiento asociado al aumento de pacientes inmunodeprimidos. El compromiso ileocolónico es descrito como el más frecuente del tubo digestivo, asociado a la mayor cantidad de tejido linfóide, mayor tasa de absorción y estasis fisiológica a dicho nivel. Gral es 2do a una TBC pulmonar. Puede causar afectación difusa o más frecuentemente segmentaria y endoscópicamente se puede observar como formas ulcerosas, hipertroficas o mixtas. Mas recientemente fueron reportadas formas endoscópicas más sutiles como úlceras aftoides en colon e ileon. Las manifestaciones clínicas observadas en aprox. 50 % de los pacientes incluyen : síntomas inespecíficos (SRG, dolor abdominal, fiebre,) o complicaciones como HDB, abdomen agudo obstructivo o perforativo.

OBJETIVOS : Reportar una causa infrecuente de HDB en la población general y resaltar el valor de la endoscopia para llegar al diagnóstico.

CASO CLINICO

Paciente femenina, de 16 años que ingresa presentando melena de 2 días de evolución con descompensación hemodinámica y sme anémico.

AEA : No refiere

AP : No refiere

AF: Ambos padres con diagnóstico de HIV uno de ellos fallecido en el año previo por TBC.

EX. FISICO : Regular estado general. Abdomen plano, blando, depresible e indoloro. Palidez cutaneomucosa.

Semiología de derrame pleural.. TR : Melena **SNG :** débito bilioso. **IMC 19**

LABORATORIO : Hto 16 % **Coagulograma normal.** **ERS 30 mm** **Albumina 2.8**

VEDA : Lago bilioso. Hasta 2da porción duodenal normal. **Biopsia de 2da porción normal.**

RX DE TORAX : Derrame pleural izquierdo.

Eco Pleura : Derrame pleural izquierdo.

Se realiza pleurocentesis que evidencio exudado con cultivo para germen comunes y **BAAR negativos** sin llegar a un diagnóstico. No se logra obtener muestra de esputo.

HIV : negativo **Ac de Enf. Celiaca :** negativos

PPD : + 28 mm

VCC : En colon descendente y sigmoides se observan áreas de mucosa irregular con úlceras aftoides de distribución parcheada y asimétrica. En ileon distal disminución de calibre con mucosa de aspecto irregular con eritema y úlceras aftoides con fibrina. .Se toman muestras para AP y cultivo

DIAGNOSTICO : 1- Ileitis distal 2- Colopatía ulcerosa (infeccioso vs. Inflamatorio)

A. PATOLOGICA: Mucosa colónica con granulomas con necrosis caseosa compatibles con TBC colónica. **ZN positivo (colitis tuberculosa)** Mucosa de ileon con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario. (ileitis inespecífica)

CULTIVO : **BAAR (-)**

EVOLUCION : Se reinicio tratamiento tuberculostático con esquema de 1ra línea con buena respuesta clínica de la semiología respiratoria sin repetir sangrado.

CONCLUSION

El presente caso ilustra una presentación clínica y endoscópica infrecuente de la TBC intestinal donde la endoscopia pudo detectar formas ulcerosas mínimas y a través de biopsias y cultivo llegar al diagnóstico.

HEMORRAGIA DIGESTIVA POR CAUSA POCO FRECUENTE

Resial, M⁽¹⁾; Wulfson, A⁽¹⁾; Pratto, D⁽¹⁾; Levin, A⁽¹⁾; Scalese, E⁽¹⁾; Bucciarelli, F⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital de Emergencias Dr Clemente Alvarez - Rosario. Argentina.

Introducción: La púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) trastorno adquirido, puede presentarse en niños y adultos. En niños suele ser secundario a virus y en adultos de etiología desconocida. Más frecuente en hombres. Fisiopatología autoinmune, con anticuerpos dirigidos contra la glicoproteína IIb-IIIa de la membrana plaquetaria. Se caracteriza por plaquetopenia. Las manifestaciones clínicas dependen del nivel de plaquetas, por lo general se trata de sangrado cutáneo-mucoso: petequias, púrpura, equimosis, epistaxis, gingivorragia 82% de sangrados están limitados a piel, en casos de plaquetopenia severa <10.000/mm³ puede existir sangrado mayor (SNC y gastrointestinal) que se produce en < 5% de los casos. Existe relación con la infección con VHC, VIH y con Helicobacter Pylori

Objetivo: Presentación de causa infrecuente de hemorragia digestiva alta como manifestación inicial de una enfermedad sistémica grave poco habitual

Caso clínico: Varón de 16 años con dolor abdominal de 12hs de evolución y hematemesis recurrente

Antecedentes: epistaxis autolimitadas, ingesta de AINES (diclofenac 75 mg/única dosis)

Examen físico: petequias en miembros inferiores de un año de evolución, hematoma en lengua, al ingreso se constata 4000 plaquetas, kptt 106

Se sospecha PTI, comienza tratamiento con corticoides, dexametasona 8mg c/6hs Ev y omeprazol 20mgC/12hs Ev. Se transfunden 6 unidades de plaquetas, revirtiendo su cuadro

Con elevación de plaquetas a 30.000 se realiza VEDA a las 48 hs del ingreso: En estomago mucosa intensamente congestiva con múltiples petequias y áreas extensas de equimosis (traduce hemorragia capilar subepitelial intramucosa) a predominio de cuerpo y fundus con erosiones antrales. (Biopsia: hemorragia capilar subepitelial con ausencia de H. Pylori) Serología VIH(-), VHC(-), VHB(-) test de Coombs(+), Ac antiplaquetario(+) Punción aspiración de medula ósea: megacariocitos

Revierte su plaquetopenia, no repite sangrado gastrointestinal, tratamiento ambulatorio con omeprazol 20mg Vo C/12hs, sulcrafato 20cc Vo C/8hs y prednisona 1mg/kg/día. Control endoscópico a los 20 días con mejoría franca de lesiones, observándose aisladas petequias en techo y cuerpo gástrico

Conclusión: presentación de sangrado digestivo como forma de manifestación de debut de enfermedad poco habitual. Por lo que la PTI debería plantearse como diagnóstico diferencial en ptes jóvenes con HDA y plaquetopenia, la cual presenta buena respuesta al tratamiento a pesar de la gravedad del cuadro. Terapia antifibrinolítica (ácido aminocaproico) podrían reducir el sangrado de mucosas, y factor VII activado recombinante se debe considerar como terapia alternativa de rescate en ptes no respondedores a los corticoides, dejando en última instancia la esplenectomía en ptes con enfermedad refractaria. La VEDA se debe realizar en estos pacientes luego de mejorar su cuadro sistémico (plaquetas > 30 000) con el objetivo de establecer el diagnóstico de HDA y eventual tratamiento endoscópico

ESTRONGYLOIDIASIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Hinostroza, FX⁽¹⁾; Parissi, B⁽¹⁾; Cuppula, C⁽¹⁾; Gonzales, B⁽¹⁾; Pietroantonio, A⁽¹⁾; Lucatelli, N⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital de Agudos Jose Maria Ramos Mejia. Argentina.

Caso Clínico

Paciente masculino de 43 años de edad procedente de Perú, zona Rural, refiere dolor en Epigastrio tipo quemante continuo que se propaga a hipocondrio derecho y zona retro-esternal, de intensidad moderada, diarrea crónica sin moco, sin sangre, relacionada con la ingesta de alimentos, niega vómitos, fiebre o equivalentes.

Laboratorio

•Hto: 49% - Hb: 15,6 mg/dl – •Plaquetas: 222.000 mm³ – Quick: 81%•Proteínas Totales: 6,4 g/dl (VN 6,6-8,7) – Albúmina 3,7 g/dl (VN 3,4-4,8)•GB: 27.800 mmm³•Eosinófilos: 67,3%•Serología HIV (negativa)•IgE 283 UI/L (VN 0-100) – Widall (Negativa)•Urocultivo (negativo)•3 coproparasitológicos (negativos) - Hemocultivo(-)

•VEDA: Esófago: Mucosa sin lesiones; Estómago: Gastritis Erosiva; Duodeno: Bulbitis erosiva se toma Biopsia de DII. •Rx Estándar de Tórax: Normal•TAC: Sin Patología alguna. •Ecocardiografía: Dentro de los límites normales. •Ecografía Abdominal:Barro Biliar

• Biopsia de Segunda Porción Duodeno • 1) Mucosa Duodenal, lámina propia ocupada en 95% por infiltrado eosinofílico, con extensión intraglandular.(HyE-40X).•2) Mucosa Duodenal vellosidades a 40X HyE, revestimiento mucoso erosionado con inclusión intraepitelial de dos larvas parasitarias. • 3) 63X PAS Positivo detalle del parásito evidenciando anclaje en la mucosa. • 4) 100X PAS Positivo-inmersión, se observa parásito intraepitelial de aspecto policíclico, corte transversal.

Comentario: El interés de esta presentación es poner de relieve la necesidad de reevaluar a todo paciente con diarrea aguda prolongada aún inmunocompetente, en la cual la eosinofilia persistente de origen dudoso puede ser el dato más evidente de la enfermedad, resultando muy importante analizar las condiciones epidemiológicas del paciente. Conocer los diferentes métodos diagnósticos tal como el de extracción de Baermann, frotis directo de heces en tinción yodo-lugol-suero fisiológico, después de cultivo con la técnica de papel filtro de Harada-Mori, cultivo de placa agar nutriente, aspirado duodenal, determinación de anticuerpos IgG contra Strongiloides stercoralis por ELISA y Biopsia Duodenal. Conociendo los ciclos evolutivos parasitarios y las diferentes manifestaciones de acuerdo a estos momentos evolutivos y sospechar en una helmintiasis intestinal la frecuencia de su localización.

GRANULOMA PIOGÉNICO GÁSTRICO. UN HALLAZGO INUSUAL

Piñeiro, C^(1, 2); Goggia, P^(1, 2); Bosolino, A^(1, 2); Ratto, R^(1, 3); Marzano, C^(1, 2)

⁽¹⁾Sanatorio Municipal Dr Julio Mendez ⁽²⁾Unidad de Gastroenterología ⁽³⁾Servicio de Anatomía Patológica. Argentina.

Introducción. El granuloma piogénico es un tipo de lesión vascular que ocurre con mayor frecuencia en piel y mucosas de cavidad oral y tracto respiratorio superior. Su etiopatogenia, según se describe en la bibliografía, estaría relacionada con factores traumáticos u hormonales. Se han reportado en la literatura internacional 23 casos en el tracto digestivo, siendo la gástrica la localización menos frecuente. Habitualmente compromete mucosa pero puede extenderse hasta la serosa.

Objetivo. Presentar un caso infrecuente de granuloma piogénico gástrico.

Paciente. Masculino de 66 años, antecedentes de canal estrecho medular cervical operado, hipertensión arterial, ingesta habitual de AINES. Consulta por epigastralgia ocasional y anemia ferropénica, por lo que se realizó veda: mucosa de techo, cuerpo y antro congestiva; en antro prepilórico sobre curva menor, lesión elevada multilobulada subpediculada de aproximadamente 1 cm de diámetro, de superficie erosionada, cubierto con restos de fibrina, biopsia: granuloma piogénico. Pendiente: realización de ecoendoscopia y eventual terapéutica endoscópica/quirúrgica.

Discusión. Ante la descripción de 2 casos gástricos en la literatura y dada la escasa experiencia, nos planteamos la evaluación ecoendoscópica de las capas afectadas para decidir resección endoscópica versus cirugía miniinvasiva, teniendo en cuenta el riesgo de sangrado profuso en estas lesiones muy vascularizadas.

Conclusiones. El granuloma piogénico es una lesión benigna infrecuente de hallar en tubo digestivo. Nuestro paciente se suma al reporte de casos hallados en estómago, siendo éste el lugar menos frecuente (2 casos). Su tratamiento consiste en la escisión endoscópica o quirúrgica dependiendo del grado de infiltración de la pared gástrica.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA DE ORIGEN INFRECIENTE. REPORTE DE UN CASO

Merino, LF⁽¹⁾; Aleman, M⁽¹⁾; Herrera Babot, G⁽¹⁾; Fernandez, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Sanatorio Rivadavia. Argentina.

Paciente de sexo femenino de 31 años que ingresa por hemorragia digestiva baja con descompensación hemodinámica de 12 horas de evolución. Como antecedentes personales presenta valvulopatía mitral, no anticoagulada.

Presenta lucidez conservada, palidez cutaneomucosa, hipotensión arterial, taquicardia y hematoquezia franca. Abdomen blando, no doloroso. Laboratorio de ingreso Hb: 6 gr.

Se realizan maniobras de reanimación con reposición de volumen, SNG, transfusión de 7 U de GRS.

Colonoscopia temprana sin preparación. Se constatan abundantes restos hemáticos frescos pero se logra progresar hasta el ciego. A ese nivel se constata sangrado activo en napa proveniente del orificio apendicular. Se esclerosa con adrenalina 1/20000 alrededor del mismo sin lograr controlar la hemorragia.

Se deriva a servicio de cirugía con diagnóstico del sitio de sangrado.

Se realiza apendicectomía laparoscópica cediendo el cuadro.

La paciente es dada de alta a los 4 días de la cirugía sin complicaciones ni signos de resangrado.

Anatomía patológica: MACROSCOPIA: Apéndice cecal de 5.1 cm x 1.1, pared de 0.3 cm de espesor, mucosa rosada con áreas rojizas

MICROSCOPIA: apéndice congestivo, edematoso, con reacción leucocitaria y hemorragias, con ruptura de la pared de una arteriola submucosa de mediano calibre con coágulo adherido

Conclusión: Hemorragia digestiva baja por arteriola apendicular aberrante

DOBLE PÍLORO. REPORTE DE UN CASO.

Mármol, LA^(1,2); Sirotinsky, ME; Ferreyra, ND

⁽¹⁾Centro de Estudios Digestivos (CEDIG). ⁽²⁾Sanatorio Asociación Española de Socorros Mutuos. Comodoro Rivadavia. Chubut. Arg. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La duplicación del canal pilórico es una comunicación anormal entre el antro gástrico y el bulbo duodenal, extremadamente rara, la revisión de la literatura marca una prevalencia entre el 0,02% y el 0,4%. La Etiología puede ser congénita, pero más frecuentemente es adquirida como complicación de enfermedad ulcero-péptica, predominando en el sexo masculino 2:1.

OBJETIVO: Reportar el primer caso de duplicación pilórica en 7630 videoendoscopías digestivas altas, en un centro de Estudios Digestivos.

CASO CLÍNICO: Paciente de 65 años de edad, sexo masculino, consulta por eructos, acidez, pirosis, de un mes de evolución. Niega episodios anteriores. Antecedentes patológicos(-), medicamentosos(-), OH(-), tóxicos(-). Hemograma dentro de parámetros normales. Se realiza Videoendoscopia Digestiva Alta: Gastropatía congestiva moderada de cuerpo y fondo gástrico. En región pilórica se observa doble canal, ambos orificios tienen un diámetro similar y están unidos con tabique central que los divide, la mucosa no presenta cambios si se la compara con el tejido circundante, ambos canales tienen motilidad espontánea independiente y comunican el antro con el duodeno de manera directa. Biopsia: ambos fragmentos con cambios correspondientes a una gastritis moderada, colonia de H.Pylori (+). Se realiza tratamiento con IBP y triple terapia para erradicación de Helicobacter Pylori.

CONCLUSIONES: El presente caso cumple con criterios para ser incluido dentro de las etiologías congénitas de doble canal pilórico, ya que no tiene antecedentes de síndrome ulceroso previo, la apariencia endoscópica de ambos canales es de aspecto normal con motilidad independiente y espontánea, la histología muestra la presencia de mucosa antral en los dos orificios.

PAPILOMA ESOFÁGICO

Barbaglia, YB; Jimenez, F; Demaria, JL; Henares, EA
Argentina.

Caso clínico

Paciente masculino de 36 años, tabaquista, cumpliendo condena en servicio penitenciario provincial, que consulta por epigastralgia, sin relación precisa con el tipo de ingesta ni antecedentes similares claros. Se realiza endoscopia digestiva alta, observándose a los 25 cm. de la arcada dentaria, lesión polipoidea, vegetante, sub pedunculada, de superficie irregular, de unos 5 mm aproximadamente que se biopsia, con diagnóstico endoscópico presuntivo de papiloma de esófago, resto sin particularidades. La histología confirma la impresión diagnóstica, informando papiloma escamoso con visualización de coilocitos.

Revisión bibliográfica

El papiloma escamoso del esófago es un tumor benigno del epitelio escamoso de baja prevalencia entre 0.01 al 0.45%. Generalmente asintomático, con predominio en hombres en una relación de 3:1, consistente en una lesión elevada, sesil, pequeña y redondeada, de superficie lisa o rugosa.

En su génesis se han involucrado irritación mecánica o química de la mucosa y el Virus del Papiloma Humano. Éste se considera importante en la evolución del carcinoma escamoso especialmente los tipos virales 16 y 18.

El virus del papiloma humano produce proteínas E6 y E7 y éstas interfieren con las funciones celulares que normalmente previenen el crecimiento excesivo.

El diagnóstico de papiloma se realiza por biopsia o polipectomía endoscópica, pudiéndose detectar HPV por microscopio óptico tras observar los coilocitos o PCR que detecta el ADN viral

Los tratamientos descritos para estas lesiones intraepiteliales escamosas incluyen: la criocirugía, el tratamiento láser, el procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa o cirugía convencional. Algunos utilizan interferón para tratar las verrugas que han tenido recurrencia después de haber sido extirpadas.

A pesar de tratarse de una neoplasia histológicamente benigna y aunque se realice una exéresis correcta, la enfermedad recidiva con frecuencia. Se requiere, por ello, revisiones frecuentes hasta conocer el patrón evolutivo en un determinado paciente. En el tratamiento de las recidivas la tendencia actual es la asociación de cirugía y tratamiento médico.

Dada la escasa casuística, condicionada tal vez, por su bajo reconocimiento en los estudios endoscópicos realizados por otro motivo, dado que es una patología de escasa a nula sintomatología específica, su terapéutica y, control y seguimiento, aparecen imprecisos.

MUCOSECTOMIA DE RECTO INFERIOR EN LESIONES ELEVADAS COMO ALTERNATIVA A LA CIRUGIA.

Osorio Gonzalez, G⁽¹⁾; Stupnik, S⁽¹⁾; Rafaelli, C⁽¹⁾; Amato, N⁽¹⁾; Viúdez, P⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich". Argentina.

Introducción: La terapéutica endoscópica es una alternativa a la cirugía en los pacientes con displasia de alto grado, neoplasias mucosas, submucosas y carcinomas intramucosos.

En la actualidad la ultrasonografía endoscópica constituye el método de elección para determinar la profundidad de la invasión tumoral y la presencia de adenopatías.

En contraste con la resección quirúrgica la endoscópica puede remover lesiones tempranas con un mínimo costo, morbilidad y mortalidad.

Objetivo: Presentar dos casos de mucosectomía en lesiones elevadas de recto inferior.

Casos: Caso 1: Paciente masculino de 61 años que consulta por anemia y proctorragia. Se realiza una videocolonoscopia observándose entre los 3 y 5 cm. del margen anal una lesión elevada de aproximadamente 1,5 cm. de diámetro con una patente mucosa de adenoma. Se realiza mucosectomía según técnica constatándose al finalizar el procedimiento, en la retroflexión una pequeña efracción de la mucosa que se cierra con clip. Histopatología: adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Se realizan controles a los 4, 12 y 18 meses post procedimiento observándose cicatriz en el recto inferior con biopsias sin atipia y fibrosis.

Caso 2: Paciente femenina de 77 años que consulta por presentar antecedente de pólipo tubulovelloso en recto inferior con displasia de alto grado y proctorragia. Se realiza una videocolonoscopia observándose una lesión elevada de base ancha a los 5 cm del margen anal de aproximadamente 1 cm de diámetro, realizándose una mucosectomía según técnica. Histopatología: adenoma vellosos con adenocarcinoma que infiltra hasta la túnica submucosa. La paciente actualmente se encuentra asintomática.

Discusión: La mucosectomía endoscópica es una técnica relativamente simple descripta originalmente por Tada, que consiste en la marcación de la lesión e inyección en la submucosa con diferentes soluciones y azul de metileno; después de levantar la lesión con un asa de polipectomía y observando que todos los puntos de marcación queden por dentro se realiza la resección. Un adecuado y minucioso análisis histopatológico del espécimen es determinante para obtener el correcto diagnóstico de la lesión y conocer la efectividad del tratamiento endoscópico. Este procedimiento ofrece una alternativa mínimamente invasiva comparada a la cirugía en pacientes con cáncer gastrointestinal temprano que afectan la mucosa y submucosa.

GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA EN PACIENTES CON GASTROENTEROANASTOMOSIS

Román, HO⁽¹⁾; Higa, R⁽¹⁾; Lozzi, RD⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Gastroenterología. Clínica Colón. Mar del Plata. Argentina.

INTRODUCCION:

La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), es una herramienta que facilita el soporte nutricional en pacientes con enfermedades neurológicas y neoplásicas. Si bien la posibilidad de "transiluminar" la pared del abdomen, permite colocar tubos de alimentación en yeyuno, no hay reportes publicados sobre la realización de éste procedimiento en pacientes con gastroenteroanastomosis.

OBJETIVO:

Comunicar dos casos de colocación de tubos de alimentación en pacientes previamente sometidos a gastroenteroanastomosis Billroth II.

PRESENTACION DE CASOS:

Se presentan dos casos referidos para colocación de tubos de alimentación, ambos con antecedentes de gastroenteroanastomosis Billroth II por enfermedad úlcero péptica más de 20 años atrás. Los dos pacientes fueron de sexo masculino de 49 y 62 años respectivamente, ambos presentaban patología neurológica (disfagia orofaríngea secundaria a accidente cerebrovascular). En ambos casos se logró transiluminar fácilmente la pared abdominal y colocar sin dificultad el tubo de gastrostomía de 24 French con técnica "Pull". El tubo quedó colocado en el asa eferente próxima a la neoboca. No hubo complicaciones relacionadas al procedimiento.

CONCLUSION:

La colocación de tubos de alimentación en pacientes con gastroenteroanastomosis es una técnica realizable con bajo riesgo de complicaciones.

MELANONA EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL

Scalese, E⁽¹⁾; Wulfson, A⁽¹⁾; Levin, A⁽¹⁾; Pratto, D⁽¹⁾; Resial, M⁽¹⁾; Bucciarelli, F⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital de Emergencias Clemente Alvarez - Rosario. Argentina.

Introducción: El melanoma constituye el 80% de las causas de muerte por cancer de piel. Puede afectar el tracto gastrointestinal (TGI) en forma primaria o metastásica

La mayoría son metastásicos y es una de las neoplasias que más frecuente metastatiza al TGI, pueden presentarse en el momento del diagnóstico primario o varios años después, como signo de recurrencia.

Objetivo: Presentación de una neoplasia frecuente con diagnóstico infrecuente en el TGI.

Caso Clínico: Mujer de 40 años , sin antecedentes previos, que en el año 2005, consulta por tumoración axilar izquierda .

Se le realizan Rx Torax , Ecografía Mamaria y de Abdomen y Tac de Torax informadas como normales.

Se indica excéresis ganglionar con diagnóstico de metástasis masiva de melanoma melanótico.

Comienza tratamiento quimioterápico con interferon.

En el año 2007 se realiza linfadenectomía electiva axilar y excéresis de cinco nevus dorsales y en miembros con anatomía patológica negativa.

En 2009 consulta por cuadro de varios meses de evolución caracterizado por :

vómitos reiterativos, epigastralgia y perdida de peso.

Ecografía Abdominal que muestra adenomegalia suprapancreática de 20 x 12 mm

y multiples adenomegalias en hilio esplénico de menor tamaño

TAC Abdominal que informa formación sólida intragástrica en curvatura mayor, que se extiende hasta la zona distal cuerpo con engrosamiento parietal a nivel del antro, múltiples adenopatías en proyección gastroesplénica y gastrohepática de 2 cm de diámetro.

Dos formaciones sólidas intraperitoneales, por debajo del estómago, que podrían corresponder a conglomerados ganglionares.

Videoesndoscopia: Lesión infiltrativa, friable, ubicada sobre cara posterior y curvatura mayor desde cardias hasta mitad de cuerpo gástrico.

Anatomía Patológica: Infiltración difusa de la mucosa gástrica por un melanoma melanótico. Inmunohistoquímica: Vimentina + / Melan A +

Conclusión: Presentación de un caso de una patología infrecuente en el TGI pero que constituye la neoplasia que más frecuentemente presenta metástasis en el estomago donde se evidencia endoscópicamente como lesiones polipoideas o nodulares con ulceraciones centrales ("en volcan").

El melanoma primario del TGI se localiza más frecuentemente en el esófago y región ano – rectal.

El intestino delgado es el sitio más frecuente de metástasis en el TGI.

Se encuentra en el 60 % autopsias de pacientes con melanoma maligno en piel.

El pronóstico de los pacientes con metástasis en el TGI es pobre por lo que el diagnóstico precoz ha permitido elevar la tasa de sobrevida a cinco años desde un 40% un 80%.

Recidiva en aproximadamente un tercio de los pacientes después del tratamiento inicial de la lesión primaria.

Por lo tanto los pacientes con sintomas gastrointestinales y antecedentes de melanoma maligno deberian ser examinados minuciosamente a nivel del TGI, aun con diagnóstico y tratamiento de la neoplasia primaria con varios años de anterioridad

A PROPÓSITO DE UN CASO: ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

Sala Lozano, A⁽¹⁾; Segal, E⁽¹⁾; Balabachan, O⁽¹⁾; Leibovich, N⁽¹⁾; Haller, C⁽¹⁾; Viscardi, JP⁽¹⁾; Juratich, E⁽¹⁾; Majul, A⁽¹⁾
⁽¹⁾Hospital Durand. Argentina.

Introducción: La esofagitis eosinofílica es una entidad cuyo diagnóstico ha aumentado en la última década. Se trata de un trastorno clinicopatológico caracterizado por eosinofilia esofágica e hiperplasia epitelial escamosa severa asociado a síntomas digestivos altos, principalmente esofágicos.

Objetivos: Presentar un caso representativo de esofagitis eosinofílica.

Discutir la frecuencia de esta patología en la clínica diaria y la importancia del subdiagnóstico.

Plantear los diagnósticos diferenciales con patologías frecuentes.

Caso Clínico: Paciente de 72 años, de sexo masculino, en buen estado general, con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia vascular periférica, tabaquismo y enolismo social. Consulta en el servicio de gastroenterología por presentar pirosis y disfagia para sólidos de 2 años de evolución, no progresiva e intermitente, que alivia con maniobras posturales. Niega pérdida de peso. Se inicia inhibidor de bomba de protones con escasa respuesta clínica. En laboratorio no se observan alteraciones significativas.

Se realiza endoscopia digestiva alta donde se evidencian estenosis en el cuerpo del esófago, franqueables y cubiertas por mucosa normal. Se toman biopsias. En resultado de anatomía patológica se informan infiltrados mononucleares y abundantes eosinófilos con vasos congestivos compatible con esofagitis eosinofílica.

Se indica realizar seriada gastroduodenal donde se evidencia presbiesófago y estenosis esofágica en tercio inferior.

Se realiza pHmetría de 24 horas que se informa como normal. Se decide comenzar esquema terapéutico con corticoides sistémicos. Actualmente, el paciente presenta alivio de la disfagia. Se propone como alternativa de tratamiento la dilatación esofágica, que no fue requerida.

Discusión: El presente se trata de un caso representativo de esofagitis eosinofílica. Esta entidad relativamente frecuente se encuentra subdiagnosticada en la clínica diaria. Su principal diagnóstico diferencial es la enfermedad por reflujo gastroesofágico, con la que comparte numerosas características clínicas.

El paciente discutido consulta por disfagia de larga data, con estenosis esofágicas y pobre respuesta a los fármacos inhibidores de la bomba de protones. Esta forma de presentación sugiere fuertemente el diagnóstico que posteriormente se confirma al encontrar el infiltrado eosinofílico en la muestra de biopsia.

USO DE STENT DUODENAL EN PACIENTE GASTRECTOMIZADO CON ESTENOSIS EN ASA EFERENTE.

Ferreira, ND^(1, 2); Sirotsky, ME; Mármol, LA

⁽¹⁾Centro de Estudios Digestivos (CEDIG). ⁽²⁾Sanatorio Asociación Española de Socorros Mutuos. Comodoro Rivadavia. Chubut. Arg. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La obstrucción de intestino delgado puede ser el resultado del crecimiento tumoral endoluminal o por compresión extrínseca de diversa etiología. Mantener la luz permeable y la alimentación oral es vital para lograr una calidad de vida aceptable. El advenimiento de Stents Metálicos Autoexpandibles ofrece una opción terapéutica en pacientes seleccionados.

OBJETIVO: Reportar el uso de stent duodenal como tratamiento alternativo, en una estenosis distal a esófago-yeyuno anastomosis por ca gástrico, sin respuesta a dilataciones seriadas endoscópicas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 46 años de edad, sexo masculino, en julio de 2006 presenta dos episodios de Hemorragia Digestiva Alta. Antec. Patológicos (-), medicamentosos (-), OH (-), tóxicos (-). Se realiza Videoendoscopia Digestiva Alta: Lesión ulcero-vegetante en cuerpo gástrico sobre curvatura menor. Biopsia: Adenocarcinoma de tipo difuso poco diferenciado ulcerado. El 16/08/08 se realiza Gastrectomía total con esófago-yeyuno anastomosis en Y de Roux, con buena evolución post quirúrgica. Tratamiento adyuvante combinado quimiorradioterápico según el esquema de McDonalds por 6 meses.

En abril de 2009 consulta por intolerancia y vómitos alimenticios de un mes de evolución. VEGD: Gastrectomizado. A 18 cm de esófago-yeyuno anastomosis, por asa eferente estenosis concéntrica en anillo de 5mm, franqueable sin lesiones endoluminales. Biopsias: cambios correspondientes a tejido inflamatorio. Se realizan dilataciones seriadas con balón de 18 mm por 80 mm, sin cambios clínicos favorables.

TAC de Torax y Abdomen: pequeñas estructuras ganglionares paraaólicas izquierda.

Se programa colocación de Stent duodenal.

19/06/09 VEGD terapéutica: Esófago-yeyuno anastomosis amplia, a 15cm de la misma estenosis concéntrica infranqueable, se coloca guía, se contrasta con material iodado observándose estenosis de 6 cm de longitud. Se coloca stent autoexpandible duodenal de 90mm por 22mm WallFlex Boston Scientific, control fluoroscópico y endoscópico que muestra stent en correcta posición. A las 12hs el paciente toleró dieta líquida y sólida en forma progresiva. PET (Tomografía por Emisión Positrones): Engrosamiento concéntrico de la pared del asa eferente y en su interior presencia de stent metálico. Dada la ausencia de metabolismo, es poco probable la recurrencia del proceso expansivo.

CONCLUSIONES: Si bien el tratamiento quirúrgico en las estenosis gastrointestinales post quimiorradioterapia es eficaz, su morbi-mortalidad es considerable. El uso de stent duodenal autoexpandible es una opción segura, mínimamente invasiva con favorable respuesta clínica inmediata.

ABORDAJE ENDOSCOPICO CON COLOCACION DE STENT ESOFAGICO PARA EL TRATAMIENTO DE FISTULAS INTESTINALES COMO COMPLICACION DE CIRUGIA BARIATRICA.

Palermo, M⁽¹⁾; Trelles, N⁽¹⁾; Dakin, G⁽²⁾; Parikh, M⁽²⁾; Pomp, A⁽²⁾; Gagner, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Department of Surgery, Mount Sinai Medical Center, Miami Beach, Florida, USA ⁽²⁾Weill-Cornell College of Medicine, New York Presbyterian Hospital, USA. Estados Unidos.

Introduccion: Las fistulas gastrocolicas son poco frecuentes. Usualmente estas fistulas pueden ser onservadas como una complicacion por cancer gastrico o cancer de colon, aunque tambien pueden ocurrir luego de complicaciones de patologia benigna como ulcera peptica, Enfermedad de Crohn, trauma, entre otras.

Diseño: Presentacion de caso clinico.

Poblacion y metodos. Paciente de sexo femenino de 54 años de edad, sin antecedentes clinicos de importancia, que consulta a la guardia de emergencias por presentar dolor en hemiabdomen superior y fiebre. Como antecedentes quirurgicos presenta Hernioplastia laparoscopica de una hernia hiatal y re gastrectomia en manga luego de diversion biliopancreatica con switch duodenal como cirugia para el tratamiento de la obesidad. En el postoperatorio curso con un absceso intraabdominal asociado a filtracion sobre la linea de sutura gastrica el cual fue tratado por via laparoscopica. Se constata recidiva de dicho absceso, por lo cual el mismo fue tratado en forma percutanea mediante la colocacionde un cateter de tipo pigtail guiado por ultrasonografia.

Nuevamente la paciente presenta recurrencia del absceso el cual se documenta en las imagenes de la tomografia computada y seriada esofago-gastro-duodenal. Ante este hallazgo un stent esofagico fue introducido mediante guia endoscopica y fluoroscopica desde el tercio inferior esofagico hasta el pouch gastrico. El primer dia postoperatorio fue realizado un estudio contrastado no evidenciandose fuga de contraste. El paciente evoluciono satisfactoriamente y fue dado de alta al dia 7 postoperatorio tolerando dieta via oral. Siete semanas despues el stent fue retirado en forma endoscopica.

La colocacion de stents esofagicos colocados bajo endoscopia son un metodo de invasion minima que permite realizar el tratamiento de patologias complejas como lo son las fistulas intestinales con poca invasividad y buenos resultados de acuerdo a las publicaciones en la bibliografia internacional, aunque deberian realizarse estudios prospectivos con mayor cantidad de pacientes dado que la experiencia mundial en este tipo de tratamientos es escasa.

Conclusiones: Con el advenimiento de las tecnicas endoluminales, las terapeuticas han ido cambiando. En este caso la colocacion de un stent esofagico bajo guia endoscopica y fluoroscopica pareciera ser una tecnica segura, efectiva y una nueva estrategia para la resolucio de fistulas entericas para el tratamiento de complicaciones luego de cirugia bariatrica.

RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE OBLITO QUIRÚRGICO

Sala Lozano, A⁽¹⁾; Segal, E⁽¹⁾; Lubieniecki, D⁽¹⁾; Yuffe, C⁽¹⁾; Balbachán, O⁽¹⁾; Leibovich, N⁽¹⁾; Souto, G⁽¹⁾; Torrico, J⁽¹⁾
⁽¹⁾Hospital Durand. Argentina.

RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE OBLITO QUIRÚRGICO

Introducción: Se considera al oblitio quirúrgico como todo cuerpo extraño dejado accidentalmente dentro del paciente durante una intervención quirúrgica y sin efecto terapéutico. Tiene una incidencia de 1 en 1500 cirugías, siendo los textiles los materiales más frecuentes y nocivos. La resolución quirúrgica es la regla.

Objetivos: Presentar un caso clínico de diagnóstico y resolución endoscópica de un oblitio quirúrgico textil.

Caso clínico: Paciente de 57 años, con diabetes, hipertensión y cirugía de revascularización miocárdica hacía dos años, que consulta al Servicio de Gastroenterología por referir epigastralgia moderada de 3 meses de evolución, sin otros síntomas de alarma. Presenta como antecedente patológico colecistectomía de urgencia en el año previo por colecistitis necrosante. En ecografía abdominal se evidencia en proyección de lóbulo hepático izquierdo imagen hiperecogénica de 58 mm de diámetro. Se realiza tomografía en donde se observa en topografía antroduodenal lesión sólida de límites definidos que impronta la luz gástrica sin captación de contraste. En endoscopia diagnóstica se encuentra sobre curvatura menor lesión sobreelevada con ulceración central, de 1 cm de diámetro que se biopsia. En anatomía patológica se informa proceso inflamatorio crónico. Se decide realizar seriada gastroduodenal en donde se observa impronta parietal sobreelevada que se proyecta hacia la luz de cuerpo gástrico con conservación de pliegues. En nueva endoscopia se observa úlcera mayor a 1 cm con fondo ocupado por material textil. Debido a alto riesgo quirúrgico se decide intentar terapéutica endoscópica para remoción del probable oblitio quirúrgico. Se realiza procedimiento en donde se extrae material compatible con gasa. Se certifica integridad de pared gástrica post procedimiento con estudio radiológico contrastado. La anatomía patológica confirma el hallazgo de material vegetal compatible con hilos asociado a reacción mucosa gigantocelular compatible con reacción de tipo cuerpo extraño. El paciente se medica con sucralfato. En nueva endoscopia de control a los 2 meses, se observa cicatriz ulcerosa, rodeada de mucosa normal. Se realiza tomografía que no evidencia lesión. El paciente evoluciona favorablemente.

Discusión: Se presenta el caso de un paciente con oblitio quirúrgico sintomático que correspondía a material textil. En la literatura médica se encuentran reportes de casos similares de resolución quirúrgica. En este caso se decide intentar terapéutica endoscópica debido a las múltiples comorbilidades del paciente. No se evidencian complicaciones inmediatas al procedimiento y el paciente evoluciona favorablemente.

VC - 01

ESTENOSIS ANASTOMÓTICA DE COLON CICATRIZAL COMPLETA : EXITOSA RECANALIZACIÓN MEDIANTE TÉCNICA ENDOSCÓPICA RENDEZVOUS.

Laborda Molteni, J⁽¹⁾; Fiolo, F⁽¹⁾; Ibáñez Durán, M⁽¹⁾; Tonn, EF⁽¹⁾; Perriello, J⁽¹⁾; Lòpez Fagalde, R⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Privado de Comunidad - Mar del Plata. Argentina.

Introducción

La estenosis benigna anastomótica es una de las complicaciones tardías de la resección colorrectal relacionada con procesos inflamatorios, con frecuencia desencadenados por una dehiscencia. Ocurren entre el 5,8 % al 20 % de los casos. La dilatación endoscópica empleando balones ha resultado ser un tratamiento válido y seguro. La estenosis completa cicatrizal anastomotica es una entidad rara. Aquí presentamos un caso clínico recanalizado exitosamente empleando la técnica endoscópica combinada rendezvous.

Caso clínico

Paciente varón de 70 de edad años en aparente buen estado general. Colectomía segmentaria baja videoasistida y anastomosis colorrectal mecánica. Se constató escasa filtración anastomótica durante la prueba hidroneumática. Sutura manual complementaria y colostomía transversa de seguridad. AP: adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Bordes quirúrgicos libres de tumor. Ganglios (0/12). Tres meses después, durante la VCC preoperatoria (cierre de colostomía), se halló estenosis completa anastomótica de aspecto cicatrizal. Bajo anestesia general y paciente en decúbito dorsal, se realizó recanalización de la estenosis colónica cicatrizal con técnica endoscópica rendezvous. A través de la colostomía de manera anterógrada se utilizó un colonoscopio (PentaxEC 3830LK) que se avanzó hasta la anastomosis. De manera retrógrada se avanzó un gastroscopio (PentaxEG 2770) hasta la obstrucción anastomótica. Transiluminado el tabique fibroso con los endoscopios enfrentados “en beso” y bajo control fluoroscópico, se realizaron incisiones diatérmicas del tabique con “needle knife”. Se completó la tunelización anastomótica mediante dilataciones graduales con bujías plásticas de diámetros crecientes y balones neumáticos bajo vigilancia endoscópica y fluoroscópica. Descartada una complicación inmediata de las maniobras endoscópicas combinadas y verificarse una adecuada luz anastomótica, se procedió 48 hs después al cierre de la colostomía. Posteriormente, fueron necesarias tres sesiones endoscópicas de recalibración anastomótica. El paciente evolucionó favorablemente.

Comentarios

La novedosa técnica rendezvous empleada en 2005 por Daniel Baumgart en Berlin en una paciente con una estenosis benigna completa esofágica y poco tiempo después por Neeraj Kaushik en Pittsburgh en un paciente con estenosis total anastomótica de colon, nos estimuló a emplearla en nuestro paciente. A la fecha, son cinco (5) los pacientes favorecidos con esta maniobra endoscópica combinada y sin complicaciones en nuestra institución. La ventaja de la técnica rendezvous empleada en estas raras estenosis anastomóticas, se manifiesta en menos riesgos y en la disminución de los procedimientos quirúrgicos.

PREMIO AL MEJOR VIDEO CIENTIFICO – TEMA ESTÓMAGO, ESÓFAGO, DUODENO

VC - 02

DILATACIÓN CRICOFARÍNGEA CON BALÓN

Soifer, L⁽¹⁾; Besasso, H⁽¹⁾; Dima, G⁽¹⁾; Peralta, D⁽¹⁾; Gonzalez Thomas, AJ^(1, 2); Delaglio, F⁽¹⁾

⁽¹⁾C.E.M.I.C. ⁽²⁾Universidad del Salvador. Argentina.

Introducción

Son frecuentes las alteraciones deglutorias en paciente con trastornos neurológicos. Estas alteraciones conllevan un riesgo de morbimortalidad y un incremento en los gastos medico asistenciales. Una alternativa terapéutica factible, es la de actuar sobre el esfínter esofágico superior permitiendo por medio de la dilatación radial del esfínter esofágico superior (EES) un mejor vaciamiento faringeo.

Objetivo

El propósito de este video es demostrar la eventual mejoría clínica y videofluoroscópica de la deglución en un paciente neurológico con disfagia orofaríngea.

Paciente y método

Hombre de 80 años de edad con diagnóstico de vasculitis, con compromiso deglutorio y de la vía aérea, vinculado a neumopatía aspirativa.

Se efectúan dos estudios videofluoroscópicos antes y después de realizar dilatación radial sobre el EES mediante balón microvasivo TTS 18/20.

Fueron evaluadas las respuestas clínicas y las eventuales modificaciones de las etapas oral y faríngea de la deglución.

Resultados

Luego de la dilatación el paciente presenta mejoría en su capacidad deglutoria para semisólidos y sólidos. Las imágenes videofluoroscópicas evidencian una mejoría en la depuración faríngea y persiste la aspiración a vía aérea con mayores volúmenes.

Conclusión

En pacientes con trastornos neurológicos que presentan apertura incompleta del E.E.S. es factible intentar el procedimiento de dilatación endoscópica para poder estimar la existencia o no de mejoría clínica y radiológica lograda con este procedimiento, lo que permitiría presentarlo como una alternativa terapéutica a la miotomía del músculo cricofaríngeo.

NOTES : COLECISTECTOMIA TRANSVAGINAL

Laudanno, O^(1,2); Ferreres, A^(1,3); Horgan, S⁽⁴⁾; Rondan, A^(1,3); Palleari, J^(1,3)

⁽¹⁾Hospital C. Bocalandro, Asociado a la UBA, 3 de Febrero, Prov.de Buenos Aires ⁽²⁾Servicio de Gastroenterología

⁽³⁾Servicio de Cirugía ⁽⁴⁾Universidad de San Diego, California. Argentina.

La cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales (NOTES) es la nueva modalidad emergente en el area de cirugía mini-invasiva y ha demostrado su factibilidad de realización desde el punto de vista experimental y recientemente desde el punto de vista clínico.

El presente Video muestra la realización en una paciente joven de una colecistectomía transvaginal con técnica NOTES híbrida.

Técnica: previo neumoperitoneo se colocó un trócar de 5 mm umbilical que permitió monitorear la introducción de un trócar transvaginal de 2 vías para acceder a la cavidad abdominal con un VideogastroscoPIO Olympus de 16 2 canales y diferentes tipo de pinzas y grasping. El clipado de la arteria y conducto cístico se realizó a través del trócar umbilical con clips laparoscópicos.

La vesícula fue extraída por el acceso vaginal, el cual fue cerrado con Vycril.

No se presentaron complicaciones inmediatas y el seguimiento alejado tampoco mostró complicaciones.

Para intentar estas nuevas técnicas es necesario un equipo multidisciplinario de trabajo.

MANIFESTACIONES DIGESTIVAS EN UNA PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA VARIABLE COMÚN.

Bolzan, HE⁽¹⁾; Miravalle, D⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Municipal de Lincoln "Dr. Ruben Miravalle". Argentina.

1-Introducción: La Inmunodeficiencia Variable Común (IVC) es una inmunodeficiencia primaria predominantemente de anticuerpos. Fue descrita por C.A. Janeway y colaboradores en el año 1953. Su característica más importante es la presencia de hipogammaglobulinemia a expensas principalmente de Ig G e Ig A. La mayoría de pacientes presentan infecciones bacterianas de repetición, especialmente del aparato respiratorio y en menor número del tracto digestivo. En ocasiones se asocia a patología autoinmune e inflamatoria crónica con manifestaciones granulomatosas. La incidencia de neoplasias también es superior a la de la población normal.

2-Objetivo: Presentación de una paciente con IVC y manifestaciones digestivas.

3-Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 36 años que presenta cuadro de dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal y deposiciones diarreicas. Antecedentes de infecciones bronquiales a repetición, neumopatía aguda y otitis media. En el examen físico se constata una paciente adelgazada. Se realizó una endoscopia alta donde se observó en Bulbo y D II mucosa nódular difusa con áreas de atrofia. Se toman biopsias. Se completa evaluación con un tránsito de intestino delgado observándose múltiples nódulos en yeyuno e ileon; y una colonoscopia con un colon normal y en ileon terminal mucosa nódular difusa. Se recibe la biopsia donde se informa mucosa intestinal con aplanamiento de las vellosidades y en el corion intenso infiltrado inflamatorio crónico linfocitario formando folículos. Debido a la presencia de infecciones a repetición, trastornos digestivos e hiperplasia nódular linfoide se interpreta el cuadro como una IVC se solicita el dosaje de inmunoglobulinas G y A que confirman el diagnóstico.

4-Conclusión: Se presenta un caso de IVC con manifestaciones digestivas, orientando la presentación hacia los hallazgos endoscópicos.

VC - 05

NECROSECTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

Perez Grassano, D⁽¹⁾; AYON, C⁽¹⁾

⁽¹⁾Instituto de Haedo. Argentina.

EN LOS CASOS DE PANCREATITIS AGUDA CON NECROSIS, ESTA DESCRIPTA LA TECNICA QUIRURGICA, LAPAROSCOPICA Y DRENAJE PECUTANEO, QUE PLANTEA DIFICULTADES EN LA NECROSECTOMIA. A TRAVES DE DOS DRENAJES PERCUTANEOS, DE LA PARED ABDOMINAL, SE INGRESA UN ENDOSCOPIO A LA CAVIDAD ABDOMINAL Y SE REALIZA LA NECROSECTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA SATISFACTORIAMENTE.

DRENAJE ENDOSCÓPICO DE QUISTE HIDATÍDICO ABIERTO EN LA VÍA BILIAR.

Jury, G⁽¹⁾; Jury, R⁽¹⁾; Amieva, L⁽¹⁾; Bouzas, G; Pili, C⁽¹⁾; Naiderman, D⁽¹⁾; Trincherro, L⁽¹⁾; Ramaccitotti, G⁽¹⁾; Moroni, N⁽¹⁾
⁽¹⁾Centro de estudios digestivos. Mar del Plata. Argentina.

Introducción: el quiste hidatídico abierto en la vía biliar es una patología infrecuente (%) que puede provocar un cuadro clínico de gravedad (colangitis aguda), lo que habitualmente requiere de tratamiento monopolar con apertura de la vía biliar, papilotomía endoscópica, lavado de la misma y la cavidad quística con SF y colocación de drenaje nasobiliar.

Objetivo: mostrar una serie de 3 casos realizados en 3 meses con presentación clínica de colangitis aguda (en un caso con sospecha de complicación relacionada con el QH y en 2 casos hallazgo en la colangiografía terapéutica). Los 3 casos resueltos sin colocación de drenaje nasobiliar o prótesis.

Casos: 3 mujeres de 76,74 y 64 años que se presentaron a la consulta en regular estado general con ictericia y fiebre, LAB de colestasis y neutrofilia, dilatación de la vía biliar (en un caso TC con lesión quística de 10 cm, los otros 2 con ECO normales). En los 3 casos se realizó papilotomía endoscópica, limpieza de la VB con Dormia, balón y dilatador de Soehendra, extrayendo restos de membranas, pus y barro biliar, sin colocación de prótesis o drenaje nasobiliar, presentando buena evolución de la colangitis con mejoría clínica y de laboratorio.

Conclusión: el drenaje y limpieza intensa de la vía biliar y la cavidad quística por vía retrograda, sin la colocación de prótesis o drenaje nasobiliar es efectiva en la resolución del cuadro clínico de la complicación biliar del quiste hidatídico.

VC - 07

"LOST STONES", TRATAMIENTO ENDOSCOPICO PERCUTANEO

Perez Grassano, D⁽¹⁾; Ayon, C⁽¹⁾

⁽¹⁾Instituto de Haedo. Argentina.

Se presenta el video, de un caso, de "LOST STONES", de resolucion endoscopica percutanea.

Paciente de 65 años, que ingresa por tos recurrente, se le diagnostica, derrame pleural, absceso subfrenico y calculo biliar, perdido en cavidad.

A traves de procedimiento endoscopico mini invasivo, se logra su extraccion.

MUCOSECTOMÍA: RESECCIÓN EN “PIECEMEAL”. UNA TÉCNICA SEGURA PARA TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LESIONES GRANDES.

Peche, M^(1,2); Russo, D⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro Medico Alberti, Bs As ⁽²⁾Centro de Enfermedades Digestivas, G Roca Rio Negro. Argentina.

Introducción:

Si se considera que las lesiones cancerosas superficiales (lesiones tempranas) tienen un bajo riesgo de metástasis a ganglios linfáticos, las terapias como la Mucosectomía pueden mejorar la sobrevida de los pacientes y en muchos casos su curación definitiva.

La mucosectomía es posible debido a la laxa adherencia de la submucosa a la capa muscular en la pared intestinal, por cuanto su origen embriológico es diferente, lo que facilita inyectar un líquido como solución salina normal a través de un inyector endoscópico transformando una lesión plana o deprimida en una levantada. Con ello se obtiene además, un plano de disección que ofrece la seguridad de no involucrar la capa muscular y la serosa en la sección, lo cual conduciría a la perforación de la pared.

Según este concepto, en el caso de las lesiones grandes (> a 2.5 cm), si se logra un adecuado levantamiento se puede con la técnica de Piecemeal abordar lesiones grandes, que sin la oportunidad de tratamiento endoscópico deberían remitirse a cirugía.

Objetivo

Demostrar que las lesiones grandes pueden resecarse en forma segura con el método endoscópico de la resección en partes.

Material y Métodos

Pte de 85 a de sexo femenino que consulta disconfort abdominal referido como distensión asociado a sintomatología de tenesmo rectal y episodios aislados de proctorragia.

Se solicita Videocolonoscopia: a 5 cm del margen anal lesión vegetante de aproximadamente 4 cm de diámetro. Se tomaron múltiples biopsias informando el estudio histológico Adenoma Velloso con displasia leve.

Se decide debido al tamaño de la lesión el intento de resección endoscópica en “Piecemeal” utilizando la técnica de inyección y corte. Se recuperaron todos los fragmentos resecados y se enviaron a anatomía patológica

Resultados

Finalizada la resección se realizó control clínico del paciente en las primeras 24 hs pos-procedimiento. No se evidenciaron complicaciones inmediatas derivadas del mismo por lo que se indicó el alta. Tampoco se observaron complicaciones tardías según los controles clínicos posteriormente realizados

Se recibió informe de A. P: Adenoma Velloso con focos de displasia epitelial severa. Límite basal indemne.

Conclusiones

Si bien cuando se utiliza la técnica de Piecemeal pueden existir recidivas posteriores, el abordaje con intento de mucosectomía tiene una alta tasa de éxito. Además esta técnica ofrece disminución de la morbilidad en relación a la resección en block, la cual puede presentar complicaciones cuando se realiza en lesiones grandes.

La resección en endoscópica Piecemeal es de utilidad para el manejo del cáncer temprano o de lesiones preneoplásicas grandes y ofrece similar eficacia que la cirugía siendo además un procedimiento seguro, mínimamente invasivo y de menor costo.

SUB-OBSTRUCCIÓN DEL COLON POR UNA PRÓTESIS DENTARIA: RESOLUCIÓN POR VÍA ENDOSCÓPICA.

Bolzan, HE⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Municipal de Lincoln "Dr. Ruben Miravalle". Argentina.

Introducción: Del total de cuerpos extraños ingeridos, se calcula que alrededor del 80 a 90% son eliminados espontáneamente por las heces ya que pasan sin dificultad por el tracto digestivo. La extracción mediante endoscopio se realiza en alrededor del 10 al 20% de los casos, y solamente sería necesaria la extracción quirúrgica en el 1% de las ocasiones. Es raro que los cuerpos extraños queden impactados en el colon y también es poco frecuente que lo impactado sea una prótesis dentaria.

2-Objetivo: Comunicación de un caso de sub-obstrucción del colon por una prótesis dentaria que fue resuelta a través de terapéutica endoscópica.

3-Caso clínico: Paciente que consulta por presentar dolor en fosa iliaca izquierda tipo cólico, alteración del ritmo evacuatorio y distensión abdominal que cedía con las evacuaciones. Como antecedente relata la deglución de una prótesis dental.

En Rx simple de abdomen se observa en la pelvis una imagen metálica, compatible con una prótesis dentaria.

Se realiza una colonoscopia observándose en colon sigmoideo el cuerpo extraño enclavado. Se intenta movilizar inicialmente con una pinza de CE, no siendo posible. Se utiliza un lavado enérgico con agua que logra movilizar parcialmente el CE, permitiendo esto la movilización con la pinza de CE, y posterior atrapamiento con un asa de polipectomía que permitió la extracción del mismo. La paciente evoluciono sin complicaciones.

4-Conclusiones: Se comunica un caso poco frecuente, de cuerpo extraño (Prótesis dentaria) impactado en el colon que se resuelve por vía endoscópica, dato poco común debido a que la mayoría de los casos de CE en colon pasan o se resuelven por vía quirúrgica debido a las complicaciones que sufren.

NECROSECTOMIA PANCREÁTICA ENDOSCÓPICA

Gullino, M^(1, 2); Pierini, A^(1, 2); Imhof, H^(1, 2); Pierini, L^(1, 2); Busaniche, G^(1, 2)

⁽¹⁾Hospital Iturraspe ⁽²⁾Clínica de Nefrología Urología y Enfermedades Cardiovasculares. Argentina.

Introducción: el pseudoquiste pancreático es una complicación que ocurre en el 16 – 50 % de los episodios de pancreatitis aguda y en el 20-40 % de las pancreatitis crónicas

Objetivos: exponer la técnica del tratamiento Endoscópico del Pseudoquiste de páncreas con necrosis

Material:

Paciente de 22 años de edad con pseudoquiste con necrosis pancreática posterior a pancreatitis aguda grave complicación de una colecistectomía videolaparoscópica

Método: video

Resultados:

Buena evolución clínica del paciente

Conclusión:

Dada la baja morbimortalidad y los excelentes resultados obtenidos con el tratamiento endoscópico, nos hacen plantear que esta modalidad debe ser considerada como, una opción terapéutica en los pseudoquistes pancreáticos. Debe ser realizado en centros donde exista una significativa experiencia en la práctica de cpre y técnicas afines, así como la posibilidad de otras variantes de tratamiento ya sea médico, quirúrgico o de radiología intervencionista en las patologías del páncreas.

DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE POST-POLIPECTOMIA Y TATUAJE DE COLON

Aquilini, F⁽¹⁾; Arco, M⁽¹⁾; Lopez Fagalde, R⁽¹⁾; Tonn, F⁽¹⁾; Basile, ML⁽¹⁾; Laborda Molteni, J⁽¹⁾; Perriello, J⁽¹⁾; Pastorino, M⁽¹⁾
⁽¹⁾Hospital privado de comunidad

Las lesiones de colon pequeñas, planas o previamente resecaadas, pueden ser difíciles de localizar durante un reexamen endoscópico alejado y/o en el acto operatorio. Con el objetivo de facilitar la identificación de estas lesiones se han desarrollado diferentes técnicas de marcación endoscópica. Presentamos un caso clínico de una complicación endoscópica poco frecuente secundaria a un tatuaje de colon.

Paciente varón de 50 años sin antecedentes relevantes que consultó por proctorragia. Se le realizó colonoscopia y resección endoscópica de un pólipo subpediculado con base de implantación de 15 mm ubicado en colon sigmoidees. Luego se realizó tatuaje de la base con tinta china según técnica convencional. A las 8 horas del procedimiento, aproximadamente, presentó dolor en fosa ilíaca izquierda con reacción peritoneal sin evidencia de perforación en radiografías de torax, abdomen simple y tomografía abdominal.

Con presunción diagnóstica de síndrome post-polipectomia y hospitalizado, se indicó ayuno, hidratación parenteral y antibioticoterapia. Ante la persistencia del dolor abdominal, signos de irritación peritoneal y ausencia de fiebre, a las 72 hs del procedimiento endoscópico se efectuó laparoscopia diagnóstica. Se halló tinta china intraabdominal que se aspiró sin evidencias de perforación intestinal. El paciente evolucionó favorablemente, a las 48 hs fue dado de alta.

El tatuaje colónico con tinta china descrito por Ponsky y King en 1975, es considerado una método seguro y efectivo. La técnica consiste en la inyección de tinta china con aguja de escleroterapia en una longitud de 5 mm, en ángulo tangencial a la mucosa para prevenir la inyección transmural. El volumen de cada aplicación varía de 0,2 a 0,5 ml. La dilución utilizada es desde 1/200 al estado puro.

Los casos publicados de complicaciones del tatuaje endoscópico son escasos. No hemos hallado comunicaciones de complicaciones a largo plazo.

Conclusión: Si bien el caso descrito es infrecuente, la peritonitis química asociada a la inyección involuntaria transmural de tinta china es una entidad que debe sospecharse ante la persistencia de dolor abdominal luego de un tatuaje de colon.

TINCIÓN ENDOSCÓPICA CON ÁCIDO ACÉTICO DE HPV ESOFÁGICO

Santi, C; Etchepare, S; Mauro, J; Padín, L; Balbachán, O; Segal, E.
Argentina.

Introducción: El papiloma de esófago es una raro tumor benigno de esófago, menos de 200 casos reportados en la literatura. Generalmente asintomático. La endoscopia digestiva alta usualmente es realizada por síntomas de otras patologías. La etiología es controversial, el rol del HPV sería el más importante. Se transmite por vía sexual oro-genital y la autoinoculación. Aunque la mayoría de las series demuestra el potencial premaligno, esto se dificulta por el bajo número de pacientes.

Caso Clínico: Paciente de 68 años, consulta por pirosis, epigastralgia y dispepsia dismotilidad. Antecedentes personales: hernia hiatal, consumo de aines por artrosis y corticoides inhalatorios por EPOC. Abdomen doloroso en epigastrio. Se solicita VEDA que informa hernia hiatal de 2 cm, mucosa con grumos blanquecinos en esófago medio e inferior, se biopsia. Anatomía patológica: epitelio escamoso con acantosis marcada, coilocitos y displasia epitelial de alto grado asociada a HPV. Se inicia tratamiento con Omeprazol 40 mg/día vía oral. Se solicita nueva VEDA que informa en todos los tercios del esófago lesiones elevadas blanquecinas, se biopsia tercio medio e inferior. Anatomía patológica: epitelio escamoso típico con acantosis. Se decide realizar nueva VEDA en el Hospital Durand con tinción con ácido acético al 5% y tomar biopsias dirigidas en frascos separados; en todo el esófago lesiones blanquecinas sobreelevadas y otras planas eritematosas, tinción con ácido acético positiva en forma difusa y mosaico en tercio inferior. Anatomía patológica: 1) Esófago medio: displasia de alto grado con cambios citopáticos virales por HPV asociado a proceso inflamatorio intenso con presencia de colonias bacterianas y candida albicans. 2) Esófago inferior: displasia de alto grado asociada a cambios citopáticos virales por HPV.

Se realizó tratamiento con fluconazol. Se solicitó HIV negativo. Se realizó colposcopia que informó área acetoblanca en endocervix y hallazgos histológicos vinculables a efecto citopático viral por HPV. Se realizará en 3 meses nueva VEDA con tinción con ácido acético y toma de biopsia para evaluar control endoscópico periódico o esofagectomía total.

Comentario: el papiloma usualmente se remueve con pinza. El tratamiento endoscópico local se dificulta por el compromiso difuso de las lesiones. La esofagectomía total tiene una mortalidad operatoria que oscila entre el 4 y el 10% y está en relación directa con la edad del paciente y la presencia de enfermedades asociadas.

PENFIGO VULGAR CON COMPROMISO MUCOSO ORAL Y ESOFAGICO

Rafaelli, C⁽¹⁾; Osorio Gonzalez, G⁽¹⁾; Stupnik, S⁽¹⁾; Suarez, D⁽¹⁾; Zylberman, M⁽¹⁾; Viúdez, P⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital General de Agudos "Dr. cosme Argerich". Argentina.

Introducción: El Pénfigo vulgar es una enfermedad ampollar intraepidérmica de etiología autoinmune que afecta por igual a hombres y mujeres entre la cuarta y sexta década de la vida con una incidencia del 0.1 a 0.5 casos por 100.000 personas por año. La mucosa oral es en el 70 – 90 % de los casos el primer sitio afectado, siendo el único comprometido en más del 50 % de los pacientes; puede afectar también conjuntivas, mucosa nasal, faringe, laringe, esófago y mucosa genital. Clínicamente se caracteriza por ampollas frágiles que se rompen y dan lugar a erosiones y úlceras dolorosas que tienden al sangrado; se localizan principalmente en la mucosa yugal, lengua, paladar, encías y labio inferior, siendo infrecuente la cicatriz luego de la curación. El diagnóstico se realiza por el cuadro clínico y la biopsia de piel o mucosas con Inmunofluorescencia directa e indirecta, o test de ELISA para dosaje de anticuerpos anti desmogleína 3 y 1. El tratamiento incluye administración de corticoides e inmunosupresores.

Objetivo: Presentar un caso de pénfigo vulgar con compromiso oral y esofágico.

Material: Paciente de 31 años que consulta por odinofagia y afagia progresiva de 3 meses de evolución (primero a sólidos y luego a líquidos) secundaria a la aparición de úlceras blanquecinas, dolorosas en toda la superficie de la cavidad oral y la lengua, asociadas a sialorrea; refiere además una pérdida de peso de 12 kg desde el comienzo de la enfermedad actual. Los análisis de laboratorio no presentan alteraciones. HIV (-) VDRL (-) FAN (-). Se realiza una Video-Gastroscopia donde se observa en la base de la lengua y mucosa oro faríngea la presencia de lesiones erosivas con congestión y fibrina; en el esófago la mucosa es despulida con múltiples lesiones intensamente congestivas, de distribución en parches, algunas de ellas con fibrina y desprendimiento espontáneo del epitelio esofágico. El informe de la biopsia evidencia fragmentos de epitelio escamoso esofágico con signos histológicos de acantólisis y presencia de cuerpos redondos. La Inmunofluorescencia demuestra: positividad intensa en los bordes intercelulares contra IgG y de menor intensidad contra IgG Total e IgM, con IgA y C3 negativos cuyo patrón es compatible con Pénfigo vulgar. La paciente recibe el primer pulso de ciclofosfamida iv (750 mg), continuando tratamiento con meprednisona 60 mg/día y Omeprazol 40 mg/día. Evoluciona favorablemente y continúa en seguimiento ambulatorio.

Conclusión: La incidencia de pénfigo vulgar en mucosa oral y esofágica es de muy bajo porcentaje, por lo cual es importante realizar el diagnóstico diferencial con otras afecciones de características endoscópicas similares como: Penfigoide mucoso, herpes simple, Liquen plano, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, pénfigo paraneoplásico, ya que los tratamientos disponibles y la evolución son diferentes para cada una de estas entidades.

OTRA TÉCNICA PARA LA AMPULECTOMÍA.

Jury, G⁽¹⁾; Jury, R⁽¹⁾; Amieva, L⁽¹⁾; Bouzas, G⁽¹⁾; Pili, C⁽¹⁾; Ramaccitotti, G⁽¹⁾; Naiderman, D⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro de estudios digestivos. Mar del Plata. Argentina.

Conclusión: se realizó tratamiento paliativo de la estenosis biliar y duodenal en paciente añoso, sin complicaciones relacionadas a los estudios y/o método. Con mejoría del ECOG hasta el deceso.

Introducción: sabido es que la ampulectomía es un método efectivo para extracción de la papila de Vater cuando se cumplen determinados criterios (tamaño, no invasión, exclusión para DPC, etc.). Es una técnica relacionada con alta tasa de pancreatitis aguda post-procedimiento si no se coloca prótesis pancreática de forma preventiva.

Objetivo: mostrar una técnica más para la colocación de prótesis en el páncreas y evitar la pancreatitis post-procedimiento.

Caso clínico: paciente de 60 años que consulta por colecistitis aguda mas Sme. coleodociano, colelap y colocación de transcístico, a la semana CPRE, papilotomía extracción de barro biliar y toma de biopsia de la papila de Vater por aumento del tamaño y pit pattern adenomatoso. Biopsia: adenoma tubular de papila.

Se recita al paciente y se realiza ampulectomía previa canalización del conducto de Wirsung con cateter, wirsungrafía y colocación de hilo guía hidrofílico, en paralelo al hilo se realiza inyección submucosa papilar, sobre el hilo se monta el asa diatérmica realizando la ectomía, se recupera la pieza y sobre el mismo hilo se monta prótesis de 5 french por 4 cm. Se fulguran bordes con argon plasma. Se da de alta el mismo día sin complicaciones. A las 72 hs. Se constata prótesis in situ por radioscopia, por lo que se extrae por vía endoscópica.

Conclusión: se muestra video donde se observa diferente técnica para la colocación de prótesis pancreática disminuyendo el riesgo de no poder canalizar el Wirsung luego de la ectomía.

RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA (MUCOSECTOMIA): APLICABILIDAD DE UNA DE SUS TÉCNICAS. RESULTADO Y MANEJO DE COMPLICACIONES

Peche, M⁽¹⁾; Albizzatti, V⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro Medico Alberti Alberti Bs As. Argentina.

Introducción

La Resección Mucosa Endoscópica (RME) es una opción terapéutica importante para la resección de los carcinomas superficiales o lesiones premalignas del tubo digestivo. Estas lesiones superficiales son las que tienen menor riesgo de diseminación linfática, permitiendo así su tratamiento endoscópico. Con el fin de mejorar el pronóstico de los cánceres digestivos, se estimula la detección precoz de las lesiones tempranas y el tratamiento de elección de estas es la Mucosectomía.

Si bien se describen 4 técnicas para realizar RME, la elección de cual utilizar depende del tipo de lesión a reseccionar y de la experiencia del operador.

La RME con ligadura es un método sencillo para el tratamiento endoscópico de lesiones pequeñas (<15 mm) Si la resección se quiere realizar en block, se usa un set estándar para ligar varices. Como todo procedimiento terapéutico, la RME puede presentar complicaciones que se pueden dividir en tempranas y tardías.

Las tempranas incluyen la hemorragia y la perforación

La perforación es una complicación seria de la RME y aumenta cuando se efectúa la mucosectomía sobre un terreno previamente tratado endoscópicamente. La hemorragia y la perforación son situaciones previsibles que pueden ser controladas durante el procedimiento endoscópico.

Objetivos

Evaluar el éxito de una de las técnicas descriptas para realizar RME. Manejo de sus complicaciones

Material y Métodos

Pte de 74 a, sexo masculino que consulta por cuadro de nauseas, pirosis, regurgitación y sialorrea frecuente. Presenta además hiporexia no selectiva sin evidenciar pérdida de peso significativa. Se solicita VEDA:

Hernia hiatal sin esofagitis y en región cardial se observa pólipo diminuto de 3 mm se Bx. Resto normal.

Se recibe A. Patológica que informa: cambios intraepiteliales atípicos.

Se decide realizar RME utilizando la técnica de Mucosectomía con ligadura

Resultados

En el caso que se presenta, luego de la resección en block con ligadura y ante la sospecha de eventual complicación con perforación se procedió a la colocación de clips.

El paciente requirió control por 24hs. Con buena evolución clínica y sin evidencias de complicaciones derivadas del procedimiento se indicó alta.

El estudio histológico informa: Cambios intraepiteliales con evidencia de displasia severa. Límite basal indemne. Resección completa. Margen sin alteraciones remarcables

Conclusiones

La REM con ligadura es una técnica segura y efectiva que puede sustituir al tratamiento quirúrgico de las lesiones superficiales y pequeñas no invasivas del tracto digestivo. El conocimiento de las posibles complicaciones y la posibilidad de acceder al equipamiento necesario para su tratamiento hacen posible un adecuado manejo de las complicaciones que se puedan presentar cuando se realiza este procedimiento.

COLANGIOHIDATIDOSIS

MAJUL, RJ^(1, 2, 3); Liendo, C⁽¹⁾; Sirabo, A⁽¹⁾; Majul, LA^(4, 5); Majul, BJ⁽¹⁾

⁽¹⁾Sanatorio Rivadavia - ⁽²⁾San Luis ⁽³⁾Argentina ⁽⁴⁾Hospital Durand ⁽⁵⁾Capital Federal

Es la migración de elementos parasitarios con vesículas hidatídicas al interior de la vía biliar, hecho que ocasiona un síndrome obstructivo el que puede o no acompañarse de una colangitis secundaria. Esto ocurre luego de la ruptura del quiste y posterior comunicación del mismo a la vía biliar.

OBJETIVO: Comunicar el tratamiento efectuado en un paciente con quiste hidatídico hepático único, colangio hidatidosis y colangitis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de sexo masculino de 50 años que comienza con ictericia y cuadros febriles esporádicos en los últimos 15 días. Se efectúa T.A.C y Ecografía, que demuestran quiste hepático único heterogéneo de 9 cm. con dilatación de la vía biliar intra y extra hepática y Laboratorio con FAL x 5, TGO Y TGP x 2 y leucocitosis con neutrofilia. Comenzamos con Albendazol y ATB y posteriormente efectuamos CPRE encontrando membranas insinuadas en el orificio papilar. Se efectúa esfinterotomía amplia con extracción instrumental de abundantes membranas y vesículas hijas. El paciente normaliza los parámetros de laboratorio y clínicos encontrándose asintomático a la fecha.

DISCUSION: La utilización del tratamiento solo endoscópico en la colangiohidatidosis con esfinterotomía y extracción de elementos parasitarios y de ser posible la instilación de solución salina hipertónica a través de un catéter nasobiliar en la cavidad del quiste a resultado muy efectivo no necesitando posterior cirugía como lo demuestran varias series consultadas.

ESTENOSIS DUODENO/BILIAR PRÓTESIS AUTOEXPANSIBLES, UNA SOLUCIÓN?

Jury, G⁽¹⁾; Amieva, L⁽¹⁾; Bouzas, G⁽¹⁾; Pili, C⁽¹⁾; Ramaccitotti, G⁽¹⁾; Naiderman, D; Moroni, N⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro de estudios digestivos. Mar del Plata. Argentina.

Introducción: la colocación de prótesis duodenales es un método efectivo para la desobstrucción del tracto de salida gástrico, con escasas complicaciones y escasa morbilidad. Probada costo-efectividad. Presenta dificultad para el eventual drenaje biliar.

Objetivo: presentación de un video donde se muestra la colocación de prótesis duodenal y biliar autoexpansibles en un paciente con neoplasia avanzada de páncreas que habitualmente en nuestro medio tiene resolución quirúrgica.

Caso clínico-endoscópico: masculino de 80 años que consulta por sme. coledociano en 19-4-07, TAC: aumento de la cabeza de páncreas. CPRE: secreción mucosa por ostium pancreático, litiasis coledociana. Extracción de lito y colocación de prótesis biliar y pancreática. Recambio de prótesis el 20-2-08 por colangitis. El 13-1-09 vómitos crónicos, estenosis duodenal por invasión, colocación de prótesis duodenal autoexpansible de 9x22mm. 24-4-09 colocación de prótesis biliar autoexpansible de 6x10mm descubierta dentro de prótesis duodenal, previo intento apertura de la misma con argón plasma y pinza de cuerpo extraño. Buena evolución con mejoría del índice ECOG. Obito 10-6-09.

Conclusión: se realizó tratamiento paliativo de la estenosis biliar y duodenal en paciente añoso, sin complicaciones relacionadas a los estudios y/o método. Con mejoría del ECOG hasta el deceso.

ECTASIA VASCULAR GASTRICA DE LOCALIZACION INFRECIENTE: ANTRAL Y CARDIAL

Miodosky, AJ⁽¹⁾

⁽¹⁾Policlínico A.D.O.S. - Nuequén. Argentina.

Introducción: La ectasia vascular gástrica es una enfermedad de diagnóstico endoscópico poco frecuente descrita como líneas rojas longitudinales que atraviesan el antro y convergen en el píloro, similares a las de una sandía (Watermelon).

La misma se encuentra asociada a otras enfermedades como aclorhidria, enfermedades autoinmunes, cirrosis, hipertensión portal, insuficiencia renal crónica, trasplante de médula ósea y enfermedades cardiovasculares. El tratamiento puede ser médico, endoscópico o quirúrgico.

Objetivo: Presentar un caso infrecuente de ectasia vascular gástrica de localización antral y cardial con su terapéutica y resultados.

Paciente y Método: Paciente de 59 años de sexo femenino con antecedentes de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis trisemanal que recibe tratamiento desde hace 1 año con eritropoyetina y sulfato ferroso por anemia crónica.

Evoluciona en diciembre /2008 con melena, por el que se le realiza una endoscopia que informó gastropatía erosiva siendo tratada con omeprazol y sucralfato. El tratamiento resulta inefectivo necesitando de transfusiones reiteradas.

La paciente es derivada, en marzo /2009, a un centro de mayor complejidad en donde una segunda endoscopia informa ectasia vascular cardial y antral, observándose sangrado espontáneo sólo de ésta última. Las biopsias realizadas de las lesiones antrales informan ectasia vascular marcada con gastritis crónica atrófica. Un estudio de fibrocolonoscopia mostró escasas bocas diverticulares.

Se le realiza tratamiento con coagulación bipolar de las lesiones antrales.

Resultados: La paciente presenta evolución favorable sin recurrencia del sangrado digestivo durante el primer mes posterior al tratamiento, presentando luego nuevo episodio de melena, motivo por el cual requirió nuevo tratamiento con coagulación bipolar en abril /2009. Posteriormente, se mantuvo asintomática y sin requerimiento de transfusiones hasta la fecha.

Conclusión: La ectasia vascular antral es una enfermedad poco frecuente y subdiagnosticada, siendo frecuentemente confundida con gastritis antral o gastropatía asociada a hipertensión portal.

Se han encontrado dichas lesiones en otras áreas del tubo digestivo como el duodeno, yeyuno y en el recto. Cuando comprometen el antro gástrico debe inspeccionarse cuidadosamente la región cardial ya que en un 27% hay compromiso gástrico proximal.

El número de sesiones endoscópicas varía entre 2 y 4 durante un periodo de 4 a 12 meses.

La patogenia es desconocida, siendo propuestos el prolapso de la mucosa antral a través del píloro por los movimientos peristálticos gástricos.

Afecta frecuentemente a mujeres de edad media o ancianas y debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales en todo paciente con hemorragia digestiva de origen oculto o con anemia ferropénica. En este caso, de compromiso cardial y antral, fue necesaria y efectiva, la aplicación de la terapéutica endoscópica con coagulación bipolar sólo de las lesiones antrales.